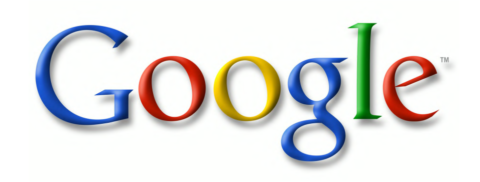
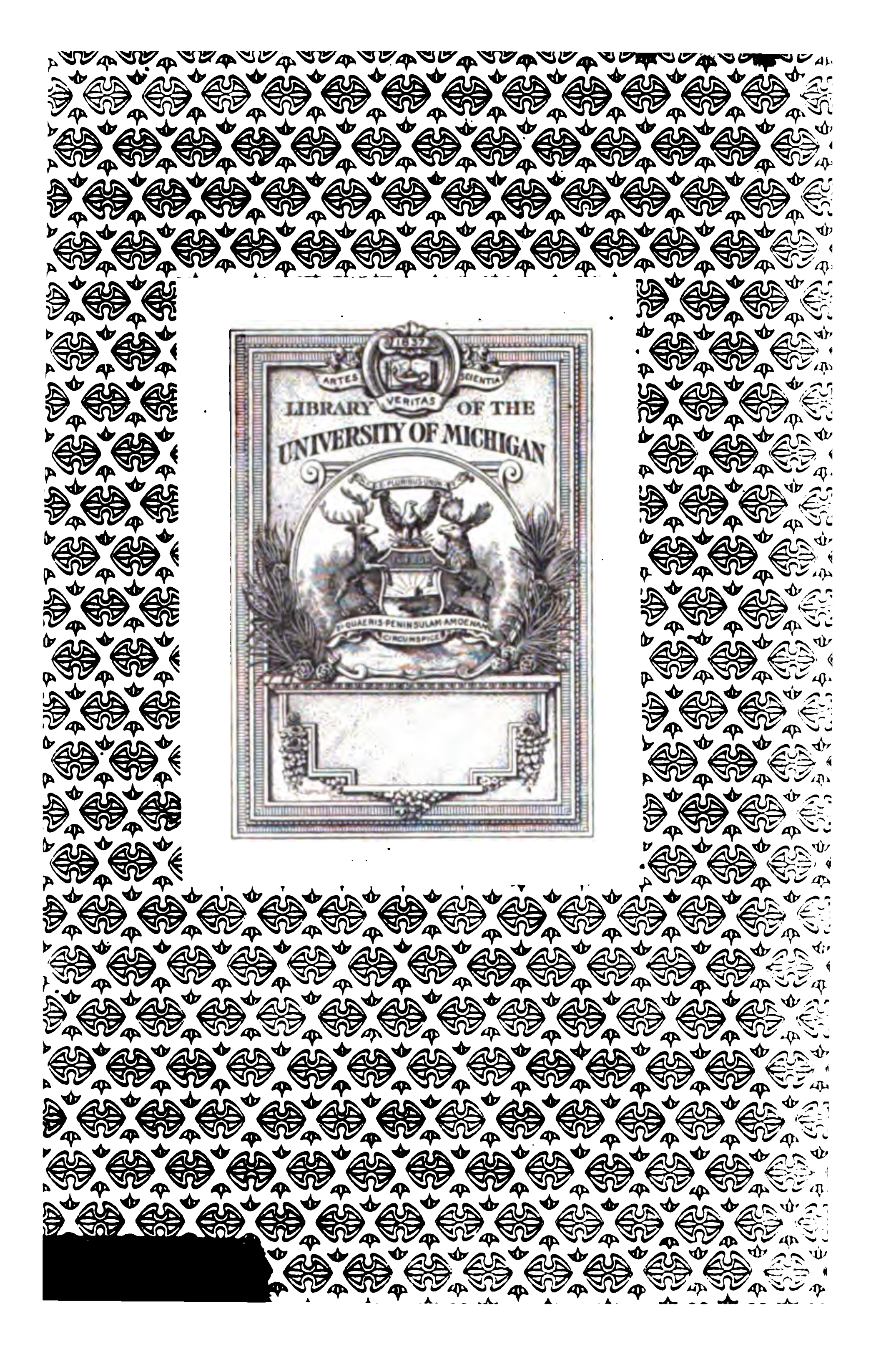
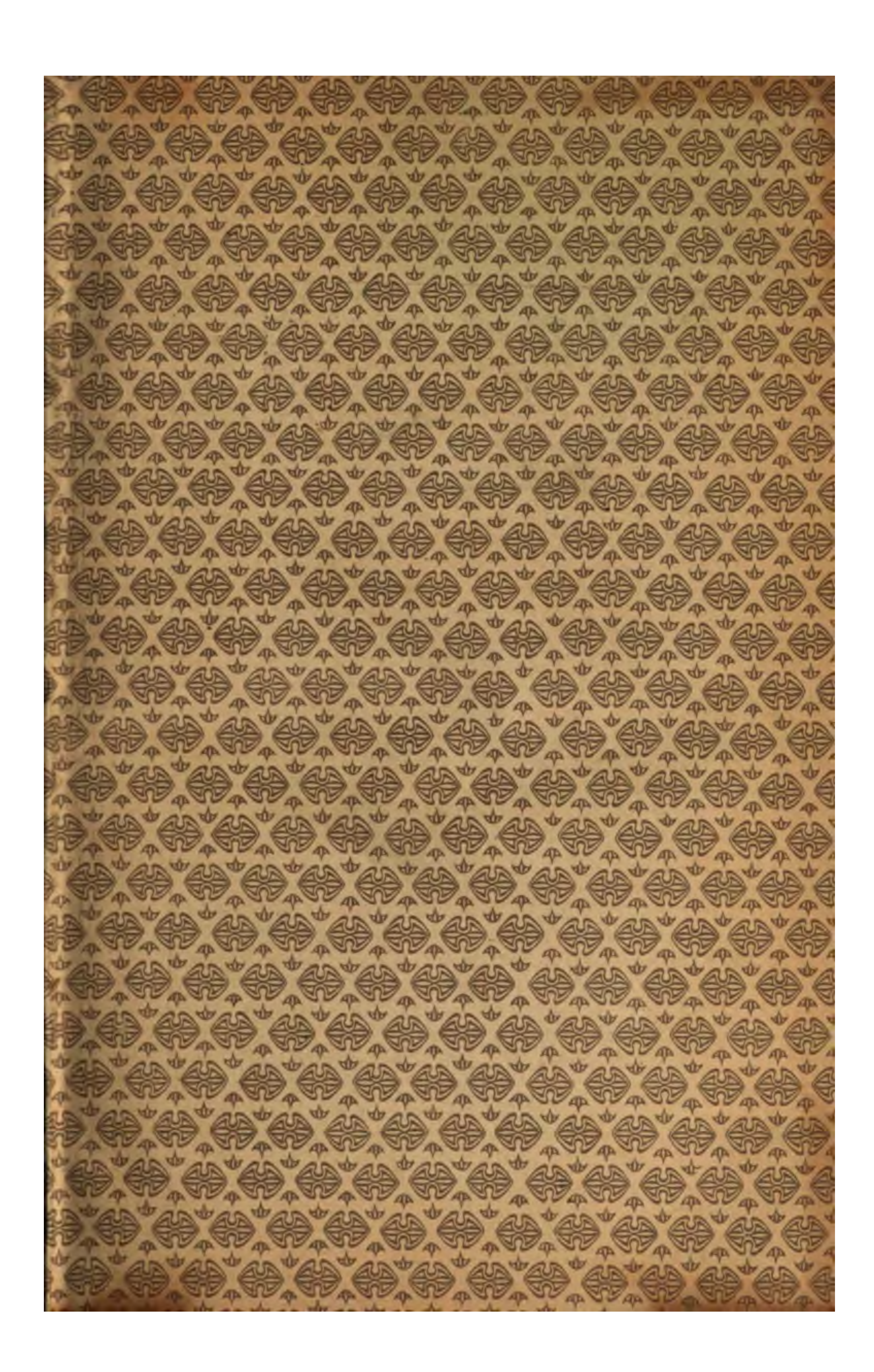



A 3 9015 00385 605 4
University of Michigan – BUHR



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'Europe...................	21 —
Pour les États-Unis d'Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 9, rue de Mulhouse, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 26, rue du Luxembourg, pour la partie obstétricale; ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

Dr A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XI

Contenant des travaux de MM.

BENOIT, BURDEL, BYRNE, DUPLAY, FISSIAUX, GALLARD, GAUTIER, GODEMEL, JANICOT, MARTIN (Aimé), OZENNE, PORAK, PUECH, REIN, REMY, RIBEMONT, TERRILLON.

1879

(1er SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1879

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), de Londres.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), méd. de l'hôp. de Saint-Denis.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URETHRE CHEZ LA FEMME

Par le Dr Émile Fissiaux
Ex-interne de Saint-Lazare.

INTRODUCTION

Si nous ouvrons les traités spéciaux des maladies des femmes, si nous cherchons dans les ouvrages des auteurs qui se sont spécialement adonnés à l'étude des maladies des voies urinaires, nous voyons que les rétrécissements de l'urèthre chez la femme sont complétement oubliés par les uns et à peine mentionnés par les autres.

Scanzoni et Thomas n'en parlent pas, Ducamp, Chopart, Leroy d'Etiolles, Civiale, M. Philipps, sont muets à cet égard; même silence de la part de MM. Courty et Gallard.

J. Hunter, dans son Traité de la maladie vénérienne, consacre une page au rétrécissement organique de l'urèthre de la femme. Il en discute seulement l'étiologie et le traitement.

Churchill ne parle de cette affection que pour en annoncer la rareté et cite seulement deux observations de rétrécissement spasmodique.

Thompson est certainement l'auteur qui a le plus écrit sur la question ; l'article qu'il y consacre dans son Traité des maladies des voies urinaires, nous a donné quelques observations malheureusement écourtées que nous n'avons pu compléter.

Enfin Auguste Mercier, dans ses Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urèthre, dans le chapitre IX, fait quelques remarques sur le rétrécissement de l'urèthre de la femme.

Dans la presse médicale contemporaine, on trouve à peine quelques observations que nous avons consignées, entre autres celle de M. le Dr Boucher que nous citons plus loin. Les plus récentes sont celles que le Dr Newmann, de New-York, publie en décembre 1875 et qui sont traduites par le Dr Lutaud dans les Archives générales de médecine en janvier 1876.

Enfin, M. le professeur agrégé Blum, dans un article inséré dans ce même journal, article où il passe en revue les différentes lésions dont peut être atteint l'urèthre de la femme consacre plusieurs pages à la question qui nous occupe.

Ayant eu l'occasion durant notre internat de Saint-Lazare, dans le service de M. le Dr Gourot, remplacé à ce moment par M. le Dr Leblond, d'observer un cas de rétrécissement uréthral de la femme, l'idée nous vint de recueillir dans notre thèse inaugurale tout ce qui avait paru sur la question.

C'est en cherchant surtout, dans les ouvrages français et étrangers, que j'ai pu recueillir les quelques observations que je présente; une seule m'est personnelle.

En publiant ce travail, je n'ai absolument eu qu'un but : exposer brièvement ce que m'a laissé la lecture des observa-

tions que j'ai pu réunir et décrire les principaux modes de traitement des rétrécissements uréthraux chez la femme.

J'ai admis dans ce court travail la division classique des auteurs.

Dans une première partie j'envisagerai rapidement l'anatomie normale de l'urèthre de la femme.

Dans une seconde, j'examinerai les différentes causes productives des coarctations de ce canal et spécialement la pathogénie des rétrécissements organiques.

Les différents symptômes de la maladie, les complications qui peuvent survenir, et le diagnostic seront l'objet de la troisième partie.

Enfin dans la dernière je décrirai les moyens thérapeutiques, m'étendant surtout sur la dilatation et l'électrolyse.

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE NORMALE DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME

Il me semble nécessaire d'exposer brièvement l'anatomie normale du canal uréthral chez la femme; plusieurs déductions pratiques peuvent en être tirées, comme on le verra bientôt.

La longueur de ce conduit est variable. Les auteurs à ce sujet sont assez peu d'accord. Si nous en croyons Thompson elle serait de 3 à 5 centimètres.

Suivant Velpeau, elle pourrait être de 10 à 22 lignes.

M. le professeur Sappey, dans son Traité d'anatomie descriptive, dit que : « La longueur moyenne de ce conduit est de 30 mm., » mais il ajoute que « chez quelques femmes elle ne dépasse pas 25 mm., tandis que chez d'autres elle s'élève jusqu'à 32, 34 et même 36 mm. »

Son calibre qu'on ne peut mesurer exactement est susceptible d'une dilatation très-grande. Des calculs volumineux peu-

vent le traverser et s'échapper ainsi de la vessie (1). Chez deux femmes observées par Philippe Boyer (2) et Schweighaueser (3) le coït aurait pu se faire par l'urèthre. C'est d'après cette aptitude qu'on a proposé la dilatation de l'urèthre chez la femme, soit pour l'examen de la vessie, soit pour l'extraction des calculs qui peuvent s'y rencontrer.

Suivant Hybord (4), on pourrait sans danger dilater l'urèthre jusqu'à 0,010 ou 0,013 mm. de diamètre. D'autres auteurs ont donné des chiffres bien plus élevés. Cependant je crois qu'il est prudent de s'en tenir aux limites données par le premier; bien souvent la dilatation poussée à l'excès donne lieu à une incontinence d'urine irrémédiable. Plusieurs exemples malheureux l'attestent.

Le calibre de l'urèthre chez la femme est fusiforme pour ainsi dire. Rétréci au niveau du méat il se dilate bientôt pour diminuer ensuite à sa terminaison c'est-à-dire à quelques millimètres du col de la vessie. D'après Hybord, que nous avons déjà cité, il aurait sa plus grande largeur à une distance du méat variant de 5 à 10 millimètres. Son diamètre moyen, au niveau du col vésical, serait de 6 millimètres environ.

Enveloppé par une sorte de couche érectile peu épaisse, l'urèthre de la femme est légèrement concave sur sa face antérieure. De ce côté il embrasse l'arcade pubienne. Cette direction devient facilement rectiligne et une sonde droite parcourt le canal avec une excessive facilité.

Il a des parois d'une épaisseur moyenne de 5 millimètres. Deux tuniques entrent dans sa composition.

La muqueuse très-vasculaire forme des plis longitudinaux que la dilatation fait disparaître à l'exception d'un seul situé sur la paroi inférieure, sa surface libre est couverte de petits orifices qui donnent passage aux produits de nombreuses glan-

---

(1) Velpeau. *Anat. pathol.*

(2) Larcher. Th. de Paris, 1834.

(3) *Pratique des accouchements* (1834).

(4) Hybord. Th., 1872. *Des calculs chez les femmes et les petites filles.*

des en grappes entièrement semblables à celles de l'urèthre de l'homme(1). Leurs conduits sont obliquement couchés d'arrière en avant dans l'épaisseur du tissu (2).

Enfin on remarque encore certaines dépressions dont quelques-unes sont limitées en arrière par un repli de la muqueuse, qui forme une sorte de petite valvule.

Suivant Thompson, les glandes en grappes sont surtout très-nombreuses au niveau du col vésical, tandis qu'aux deux extrémités du canal, on remarque un grand nombre de petits cryptes dans lesquels s'ouvrent de nombreux follicules.

La muqueuse du canal est constituée comme toutes les autres muqueuses par une trame de tissu conjonctif et de fibres élastiques. L'épithélium qui la recouvre est formé de cellules polyédriques dont les plus superficielles, suivant MM. Robin et Cadiat, sont prismatiques (3).

La deuxième couche, séparée de la précédente par un plexus veineux très-riche, est composée de fibres musculaires occupant deux plans, les unes longitudinales, les autres circulaires.

M. le professeur Sappey s'exprime ainsi au sujet des lymphatiques de la muqueuse : « Très-faciles à injecter sur la moitié antérieure du canal, ils deviennent plus rares et plus fins à mesure qu'on se rapproche du col de la vessie. Ils se rendent aux ganglions situés sur les parties latérales de l'excavation du bassin.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTIOLOGIE

Que devons-nous entendre par rétrécissement de l'urèthre. D'après M. le professeur Verneuil « ce serait une diminution

---

(1) Sappey. *Anat. descript.*

(2) Cadiat. *Cours d'histologie.*

(3) *Journ. de l'anat. et de la phys.*

permanente ou temporaire du calibre physiologique du canal, diminution causée par une altération histologique ou fonctionnelle des tissus constituants de la paroi. »

Cette définition convient surtout aux rétrécissements dont la cause se trouve dans la paroi même du canal et qui, seuls, sont aujourd'hui admis par beaucoup d'auteurs modernes. J'adopterai néanmoins ici une définition plus large, et je définirai le rétrécissement « une affection caractérisée par la diminution du calibre du canal de l'urèthre. »

Cette définition convient en effet à toutes les espèces de rétrécissements que nous allons énumérer et que nous diviserons suivant l'usage en plusieurs classes. L'étiologie même nous fournira l'élément de cette classification. Nous aurons ainsi cinq groupes de rétrécissements.

1° Congénitaux.
2° Spasmodiques.
3° Symptomatiques.
4° Inflammatoires.
5° Organiques.

1° *Congénitaux.* — M. le professeur agrégé Blum, dans les Archives générales de médecine, donne l'observation d'un rétrécissement de cet ordre. La voici du reste tout entière.

Observation I.

Une petite fille de 7 jours présentait un suintement urineux à l'ombilic. A trois lignes du méat urinaire, on trouve dans le canal de l'urèthre une bride qui est facilement détruite par la sonde. Il s'écoule un peu de sang. L'urine reprend son cours normal, et la fistule ombilicale s'oblitère.

Nous citons plus loin une observation absolument semblable

(1) Observ. anat., 1550.

que nous avons trouvée dans Barthélemy Cabrol. Elle est d'autant plus intéressante que le sujet vécut avec cette infirmité congénitale, jusqu'à l'âge de 18 ans, époque à laquelle ce chirurgien l'opéra avec succès.

Devons-nous considérer ces cas comme des rétrécissements de l'urèthre. Pour ma part, j'en doute et je pense que ces lésions congénitales doivent être assimilées aux imperforations des orifices naturels et considérées comme des lésions de forme ou de développement.

2° *Spasmodiques.* — Viennent ensuite les rétrécissements spasmodiques qui, pour Thompson, n'existent jamais sans une coarctation organique. M. le professeur Gosselin n'admet pas non plus chez l'homme cette sorte de rétrécissement et dans une étude critique, fort savante, il a démontré que le rétrécissement spasmodique ne pouvait être admis que dans les cas où existaient déjà, soit une stricture organique, soit une inflammation du canal.[1]

Les deux observations de rétrécissements spasmodiques que M. Churchill rapporte confirmeraient, pour la femme, l'opinion de M. Gosselin. Il me semble utile de rappeler ces deux cas.

Observation II.

Les deux malades étaient des veuves de 60 à 70 ans. Ni l'une ni l'autre n'avaient de maladie utérine, mais toutes deux avaient une petite excroissance à l'orifice de l'urèthre. Les symptômes débutèrent environ deux mois avant que je fusse consulté : difficulté à uriner et des envies fréquentes de satisfaire ce besoin. Ces phénomènes augmentèrent jusqu'au moment où il y eut une rétention complète pendant plusieurs heures. Il y avait alors un besoin pressant, des efforts violents, des douleurs gravatives, intenses; puis, après un certain nombre d'heures et à l'aide de bains et de lotions chaudes, la malade pouvait peu à peu vider sa vessie et obtenir pour un temps un grand soulagement. Il n'y avait pas chaque fois la même somme d'efforts et de douleurs, mais il y avait généralement un véhément

(1) Churchill. *Maladies des femmes*, 2e édit., p. 95.

paroxysme qui se produisait le matin. La quantité d'urine rendue chaque fois n'était pas excessive, mais équivalente à peu près à celle que contient sans inconvénient la vessie d'une femme bien portante; la qualité, la couleur et la composition n'en étaient pas changées.

Avant que j'eusse vu l'une et l'autre de ces malades, on avait essayé de tout, mais sans succès.

Tout d'abord j'essayai de vider la vessie au moyen de la sonde; je ne pus le faire avec un instrument de volume ordinaire; l'orifice paraissait obstrué par une excroissance vasculaire; l'urèthre, exploré par le vagin, me semblait épaissi et plus dur qu'à l'état normal. Je pus cependant introduire une petite sonde flexible à environ 1 pouce dans le canal, mais je fus arrêté, et en y mettant la force que la prudence me commandait de ne pas dépasser, je ne pus aller plus loin et fus obligé de retirer l'instrument à cause de la douleur qu'il provoquait. Après un certain temps, la douleur se calma, et la malade crut qu'elle pouvait uriner plus facilement.

Un autre jour, je pus passer la sonde, et j'obtins un soulagement immédiat. Une troisième fois, je ne parvins pas à pénétrer dans la vessie. La même chose m'arriva avec mes deux malades : tantôt je pénétrais dans la vessie, tantôt j'étais arrêté presque aussitôt la sonde introduite dans le canal. Cependant, même lorsque l'opération réussissait, je ne paraissais pas gagner de terrain; je ne pouvais, même éclairé par d'autres avis, me faire une idée de la nature de l'obstacle qui était évidemment très-grand.

Je me décidai alors à suivre un autre plan : je me munis d'un certain nombre de bougies depuis le plus petit jusqu'au plus fort diamètre. Je les passai successivement depuis le nº 1 jusqu'au nº 5, qui ne put pas pénétrer. J'introduisis de nouveau le nº 4, que je laissai en place pendant un quart d'heure.

Le lendemain et les jours suivants, je recommençai de même jusqu'à ce que je pusse débuter par le nº 4 et continuer jusqu'à l'introduction du nº 8, et enfin je pus faire pénétrer une sonde du plus fort calibre. Quinze jours après, mes deux malades pouvaient uriner facilement, et depuis elles n'ont jamais eu besoin de mon secours.

Je crois pouvoir affirmer que le succès du traitement prouve suffisamment la nature spasmodique de ces rétrécissements; car, s'il y avait eu un rétrécissement organique, le soulagement n'aurait pas été si rapide et n'eût point été définitif.

Comme il est facile de le voir, ces deux rétrécissements spasmodiques étaient certainement dus à ces excroissances vasculaires dont parle Churchill; elles avaient probablement irrité la muqueuse qui finalement s'était enflammée; nous avons la preuve de cette inflammation dans le texte même de l'observation. « L'urèthre exploré par le vagin me semblait épaissi et plus dur qu'à l'état normal. »

Cependant si l'on considère que la femme est éminemment sujette au spasme; si on admet le rétrécissement spasmodique de l'œsophage chez l'hystérique, si on tient compte de la disposition anatomique des éléments musculaires de l'urèthre de la femme et de la facilité qu'ont ces éléments de se rétracter, il me semble que la stricture spasmodique de ce canal peut être admise dans certains cas.

3° *Rétrécissements symptomatiques.* — Ils sont occasionnés soit par une tumeur comprimant la paroi, soit par une tumeur née sur la muqueuse même, tel qu'un polype.

4° *Rétrécissements inflammatoires.*— Nous ne parlerons de cette classe que pour la mentionner. Les coarctations disparaissent toujours avec leur cause pathogénique.

Toutes ces espèces de strictures sont du reste peu intéressantes. Je m'y suis peu arrêté et je n'en parlerai plus. Nous allons de suite passer à l'étude des rétrécissements organiques, objet spécial de nos recherches.

5° *Rétrécissements organiques.* — Ce sont de beaucoup les plus importants; ils sont caractérisés par la diminution permanente et progressive du diamètre du canal, et causés par le retrait graduel d'un tissu pathologique qui s'est substitué à une partie plus ou moins étendue des parois uréthrales.

Les rétrécissements organiques chez la femme sont d'une très-grande rareté, tous les auteurs sont d'accord à ce sujet.

Pour Thompson, les principales raisons du peu de fréquence de cette affection seraient le peu de longueur du conduit uréthral chez la femme et sa position qui le protége contre tout traumatisme.

Suivant Auguste Mercier, la femme serait rarement affectée

de rétrécissement organique, par quelques-unes des raisons, peut être, qui font que l'homme n'a que rarement des rétrécissements de la portion membraneuse, avec laquelle l'urèthre de la femme a beaucoup d'analogie.

Suivant le Dr Boucher, la dilatabilité très-grande du canal devrait être invoquée comme s'opposant à la formation des rétrécissements. Cette cause, suivant moi, ne peut être admise. La dilatabilité d'un conduit naturel, quel qu'il soit, ne peut, ce me semble, empêcher son rétrécissement mais peut seulement empêcher les symptômes de l'affection de se manifester, autrement dit, la faire ignorer.

Ne serait-il pas permis en effet de penser que l'urèthre de la femme venant à se rétrécir, n'arriverait que bien rarement à une coarctation presque absolue, et que le médecin n'aurait guère son attention attirée vers cette affection que lorsqu'elle donnerait lieu à des phénomènes douloureux de dysurie ou de strangurie; phénomènes qui, vu la dilatabilité du canal, ne se montreraient que rarement.

En un mot, n'est-il pas permis de croire qu'il existe chez la femme des rétrécissements organiques qui restent et qui resteront complètement ignorés, parce qu'ils ne donnent ou ne donneront jamais les signes de leur existence.

Telle est du reste l'opinion de M. Ricord : « Les rétrécissements de l'urèthre, dit-il, sont peut-être moins rares chez la femme qu'on ne le pense. Ce qui a fait croire à leur moindre fréquence, c'est qu'ils ne déterminent pas aussitôt que chez l'homme et aussi souvent des phénomènes appréciables, et que ce n'est guère qu'à un terme de dysurie très-considérable ou de rétention complète qu'on s'en aperçoit (1). »

Nous diviserons les rétrécissements organiques en deux grands groupes :

A° Rétrécissements blennorrhagiques;

B° Rétrécissements traumatiques ou cicatriciels.

---

(1) *Traité des maladies vénériennes* de Hunter, avec des notes et additions de Ricord.

4° Blennorrhagiques. — Une des principales causes des rétrécissements uréthraux chez la femme comme chez l'homme, est sans contredit la blennorrhagie.

Ici nous trouvons, dans cette étiologie même, une des causes de la rareté des rétrécissements chez la femme.

La blennorrhagie qui produit le plus de rétrécissements, qui peut-être les produit tous, est certainement la blennorrhagie chronique; or, comme le fait remarquer M. Blum (1), l'urèthre de la femme est rarement le siége d'inflammations prolongées.

Enfin la blennorrhagie chez la femme est surtout constituée par une vaginite intense; ce n'est que par auto-infection, par propagation, que l'urèthre s'enflamme à son tour, et dans bien des cas la phlegmasie n'atteint pas cet organe.

Néanmoins, il est un fait certain, c'est que l'uréthrite spécifique est pour la femme une cause efficiente de rétrécissement; Hunter (2), en émettant l'opinion contraire, n'était certainement pas dans le vrai. Du reste, la raison sur laquelle il appuie cette idée ne peut à la vérité nous suffire. Je cite ses paroles : « Je ne saurais dire jusqu'à quel point les rétrécissements de l'urèthre chez la femme peuvent être considérés comme une conséquence réelle de l'inflammation vénérienne. Mais je suis porté à croire qu'il n'en est rien... Je puis affirmer en effet qu'aucun des rétrécissements que j'ai observés chez des femmes n'était une conséquence de la maladie vénérienne; au moins n'ai je eu aucune raison de croire qu'ils provinssent d'une telle source. »

Ricord, dans une addition à ce paragraphe, combat cette opinion : « La blennorrhagie, dit-il, chez la femme comme chez l'homme, est la cause la plus commune des rétrécissements. »

Si en effet nous examinions le petit nombre de faits que j'ai pu réunir, nous voyons la blennorrhagie être la cause des rétrécissements qui font le sujet des observations XIV, XVII, XVIII, XX.

---

(1) Blum. *Loc. cit.*

(2) Hunter. *Loc. cit.*

B° Rétrécissements traumatiques ou cicatriciels. — Ces rétrécissements sont assez rares, ils reconnaissent plusieurs causes.

a° Le traumatisme proprement dit.

b° Les chancres mous et la syphilis.

a° Le traumatisme proprement dit. — Bien que l'urèthre de la femme ne soit pas exposé aux violences extérieures comme celui de l'homme, il n'en est pas moins vrai qu'il peut, lui aussi, être atteint de rétrécissements traumatiques. Enfoui dans la paroi supérieure du vagin, tout près de la symphyse pubienne, il pourra se trouver exposé à des froissements violents, à des ruptures, et de la part du fœtus, dans certains cas de dystocie, et de la part de l'accoucheur, si la nécessité oblige ce dernier à recourir aux instruments et surtout s'il ne les manie pas avec la précaution la plus grande. Le rétrécissement traumatique, qu'on pourrait appeler obstétrical, est assez rare. John Adams, dans l'Encyclopédie d'anatomie et de physiologie, à l'article urèthre, s'exprime ainsi à ce propos : « Je me suis adressé aux médecins accoucheurs les plus célèbres et les plus expérimentés de Londres ; tous reconnaissent la rareté du rétrécissement de l'urèthre chez la femme. »

J'ai pu néanmoins en recueillir quelques exemples : les observations VIII, X, XII, XIII, ne reconnaissent d'autre étiologie.

Je n'en citerai qu'une seule à cette place ; je l'ai trouvée dans les œuvres de Saucerotte (1)...

Observation III (Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*).

Une jeune femme, d'un village éloigné de deux lieues de Lunéville, à terme de sa première grossesse, eut un accouchement fort laborieux dans lequel on employa des crochets pour faire l'extraction

(1) Saucerotte. *Mélanges de chir.*, 1801.

de l'enfant. Ces instruments ou quelques fractions des os du fœtus causèrent une déchirure de la paroi ou cloison antérieure du vagin et de la partie adjacente de la vessie; d'où il résulta immédiatement après une incontinence d'urine. Appelé au bout de quelques jours, je trouvai les parties externes de la génération dans un état considérable de gonflement et de confusion : on ne distinguait pas une partie d'avec une autre; l'accouchée rendait par le vagin des espèces de sables urinaires entourés de mucosités.

Je fis faire des injections et des fomentations émollientes et résolutives qui dissipèrent la tuméfaction.

Étant retourné voir la malade dans l'intention de lui introduire par le méat urinaire une sonde de gomme élastique, pour attirer par cette voie naturelle l'urine qui se dévoyait, toutes mes tentatives furent infructueuses, parce que je ne pus parvenir à découvrir ni à rencontrer l'orifice externe de l'urèthre.

Je demandai un consultant, et j'obtins le chirurgien Castara, mon confrère, avec lequel je retournai deux jours après; mais nos efforts réunis furent aussi inutiles que l'avaient été les miens seuls.

Lorsque cette femme se levait, elle était pendant quelque temps sans qu'il passât de l'urine par le vagin; au moins n'en coulait-il que peu de gouttes, et elle éprouvait un besoin pressant et douloureux d'uriner par la voie naturelle; ce signe était certainement de bon augure, et indiquait que si l'on parvenait à faire reprendre à l'urine la route ordinaire, il y aurait lieu d'espérer que la plaie de la vessie et du vagin pourrait se consolider.

Saucerotte alors appelle tous les chirurgiens à son aide par la voie des journaux. Peine inutile. Et à la fin du chapitre, il annonce que toutes les recherches et tentatives furent inutiles.

b° Chancres mous et syphilis. — Les chancres mous, siégeant au niveau de l'urèthre, peuvent produire un rétrécissement cicatriciel. Quelquefois, ils détruisent une partie du canal et donnent lieu au rétrécissement du point où ils se sont arrêtés.

Nous trouvons une observation concluante à ce sujet dans la *Gazette des hôpitaux*; elle est due à M. Bérard (1).

(1) *Gazette des hôpitaux*. 1846.

OBSERVATION IV.

Une femme, âgée de 29 ans, a eu des chancres il y a dix ans, et par suite une perte de substance de l'urèthre, dont les deux tiers antérieurs ont été détruits. Ce qui reste du canal est rétréci, et la malade urine par regorgement.

Pour les mêmes raisons, l'accident primitif de la vérole peut également donner lieu à la stricture s'il siége dans le canal. Enfin, l'urèthre peut être affecté d'ulcérations tertiaires dont l'évolution ultime aboutira au rétrécissement. A ce propos, je citerai les paroles mêmes de M. le professeur Fournier (1).

« Les affections tertiaires de l'urèthre sont remarquables par la dureté qu'elles communiquent aux tissus sur lesquels elles se produisent. Cette dureté est toujours très-accentuée, quelquefois elle devient telle qu'on croirait le méat transformé en cartilage. L'état du méat est variable en raison de la turgescence des parties ; il est parfois comme comprimé et occlus. »

Cette ulcération subissant le travail cicatriciel peut certes devenir le point de départ d'un rétrécissement organique. Du reste, l'observation XVI de Newmann prouve suffisamment l'influence des lésions tertiaires de l'urèthre sur la production de cet accident.

Nous ne parlerons pas ici des rétrécissements uréthraux admis par certains auteurs et qui seraient causés par des injections caustiques. Aujourd'hui, beaucoup de pathologistes n'admettent pas cette étiologie ou ne l'admettent qu'avec de grandes réserves.

J'ai trouvé, dans la *Gazette des hôpitaux*, une observation de rétrécissement de l'urèthre dont l'étiologie est difficile à faire. Il ne semble avoir été causé ni par le traumatisme, ni par la blennorrhagie. C'était une sorte d'hypertrophie des tissus con-

(1) *Leçons sur la syphylis tertiaire*, etc.

stituant la paroi uréthrale. Je vais du reste citer tout au long cette observation publiée par M. le Dr David (1).

Observation V.

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, veuve depuis dix ans, n'ayant jamais eu d'enfant et encore parfaitement réglée. Depuis deux ans, cette femme se plaignait de difficulté pour uriner, mais ne s'était pas soumise à un examen régulier; elle avait été traitée jusqu'ici par des diurétiques divers qui n'avaient produit aucune amélioration.

Au contraire, les douleurs augmentaient toujours, la miction devenait presque impossible. Cette malheureuse était obligée de passer des heures entières pour arriver à évacuer quelques gouttes d'urine, et continuellement elle était tourmentée par le besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire en entier. C'est alors qu'elle se soumit à un examen complet, et qui fut fait par mon honorable confrère le Dr Rauzières; celui-ci constata une tumeur comprimant le méat urinaire et le bouchant presque complétement. Mon confrère m'appela alors pour examiner sa malade et décider ce qu'il y avait à faire pour soulager cette femme, dont la position était intolérable.

Je trouvai une tumeur d'un aspect blanc rosé ayant les dimensions d'un œuf de pigeon, située au niveau du méat urinaire, et faisant un peu saillie entre les petites lèvres, qu'elle tenait écartées. On ne reconnaissait plus le méat; néanmoins, en cherchant, on trouvait que cette tumeur était percée dans son milieu d'un conduit qui n'était autre que le canal de l'urèthre.

La tumeur, imparfaitement pédiculée, remontait un peu le long de l'urèthre, qui ne permettait que l'introduction d'une bougie filiforme, et cette introduction était encore très-douloureuse.

Dure, élastique, peu douloureuse à la pression, cette tumeur ne causait de douleurs que pendant la miction, et n'avait pas influencé d'une manière sensible l'état général de la malade. Évidemment, nous avions affaire ici à une tumeur de nature purement fibreuse ou bien vasculaire. La coloration pâle et toujours uniforme me fit croire plutôt à une tumeur fibreuse.

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1870, numéro 73.

L'indication était trop précise pour qu'on pût hésiter; il fallait rendre la miction possible, et par conséquent enlever l'obstacle à l'accomplissement de cette fonction. A l'aide du serre-nœud ou constricteur de Maisonneuve, je saisis la tumeur et l'enlevai en son entier. Cela fait, il y eut une petite hémorrhagie sans importance, et qui s'arrêta tout de suite après l'application d'un caustique sur la surface saignante.

Aussitôt après cette opération, il me fut possible d'introduire dans le canal urinaire des sondes du plus gros calibre; j'y laissai même durant vingt-quatre heures une sonde à demeure. Trois jours après cette opération, la femme était guérie, la miction se faisait très-bien sans douleur et sans difficulté aucune; au bout de huit jours, la cicatrisation était complète.

En examinant cette tumeur après l'opération, j'ai constaté qu'une partie de la muqueuse uréthrale avait été enlevée, que le méat urinaire par conséquent faisait partie de la tumeur; on voit quelques vaisseaux de petit calibre pénétrer dans le tissu de la tumeur, qui présente du reste une texture fibreuse; ces vaisseaux sont entourés par du tissu conjonctif hypertrophié. Enfin, le tout est recouvert par une membrane muqueuse.

J'ai cru devoir rapporter cette observation; le rétrécissement en effet était réellement organique.

Les parois uréthrales hypertrophiées avaient pu seules produire cette tumeur comme il est facile de le prouver par la présence du méat au milieu même de la masse.

PATHOGÉNIE

Il m'est impossible de faire l'anatomie pathologique de la lésion que j'essaie de décrire. Deux autopsies ont cependant été faites, l'une par sir Benjamin Brodie, l'autre par M. le Dr Manec. Je n'ai malheureusement pu trouver les observations. Mais, les différentes causes des rétrécissements organiques étant connues, nous pouvons faire la pathogénie de cette affection. Comme nous l'avons vu au commencement de ce travail, de

l'avis des anatomistes, la muqueuse de l'urèthre de la femme a beaucoup d'analogie avec celle du même organe chez l'homme. Chez tous deux elle peut être atteinte des mêmes maladies; pourquoi chez tous deux le résultat de ces lésions n'aurait-il pas la même pathogénie?

Nous allons brièvement l'exposer.

Le mode de formation des rétrécissements organiques diffère suivant la cause qui les a produits.

1° *Mode de formation du rétrécissement blennorrhagique.* M. Guérin et les chirurgiens modernes admettent que la plupart du temps le rétrécissement de l'urèthre est la conséquence même de l'inflammation blennorrhagique de la muqueuse uréthrale sans faire intervenir, comme le voulait Cruveilhier, une ulcération spécifique.

La muqueuse, en effet, gonflée et épaissie par l'inflammation, donne naissance à un exsudat plastique qui s'organise lentement et forme une sorte de tissu fibreux qui finit par se rétracter et donne lieu au rétrécissement organique. Cette théorie peut être parfaitement appliquée ici.

La disposition anatomique des conduits des glandes du canal de la femme ne pourrait-elle être invoquée comme cause du rétrécissement? Autrement dit, l'obliquité très-grande de ces conduits ne favoriserait-elle point la rétractilité de la paroi? L'inflammation spécifique, occupant la muqueuse, s'étant propagée à ces glandes et à leurs tubes excréteurs, y restant cantonnée, ne pourrait-elle à la longue en modifier l'état physiologique, les détruire et amener une rétraction considérable? Je fais cette simple remarque sans aucune prétention. J'ajouterai seulement qu'elle m'a été suggérée par l'étude comparative que j'ai dû faire de l'urèthre de l'homme. Les rétrécissements organiques chez celui-ci siégent justement dans la portion du canal où les mêmes glandes et leurs conduits affectent la même disposition.

2° *Mode de formation des rétrécissements traumatiques ou cicatriciels.*— Ici la pathogénie diffère : Il se passe dans cette cir-

constance les mêmes phénomènes que dans la cicatrisation d'une plaie; c'est du reste une plaie faite au canal. Les parties divisées de l'organe, en raison de leur élasticité, se rétractent, adhèrent bientôt aux parties voisines. A ce niveau la muqueuse devient plus épaisse, forme des plis qui se soudent ou donne naissance à des brides. Enfin les portions du canal que la muqueuse rétractée ne recouvre plus se cicatrisent par bourgeonnement, comme il arrive dans toute perte de substance. Un tissu fibreux en résulte, tissu fibreux dont les propriétés, rétractilité et inextensibilité, contribuent encore à diminuer la lumière de l'urèthre.

Siége des rétrécissements. — Si on envisage les rétrécissements d'une manière générale, sans faire aucune distinction de la cause qui les a produits, on peut dire que les rétrécissements organiques peuvent siéger en n'importe quel point du canal de l'urèthre chez la femme. Cependant, si on examine successivement les rétrécissements organiques et traumatiques, on verra que chaque espèce a son siége de prédilection.

Le rétrécissement blennorrhagique occupe surtout l'orifice externe ou les points du canal qui en sont le plus proches. Deux raisons rendent compte de cette particularité. La première est tirée de l'anatomie normale de l'urèthre chez la femme. Le méat en effet et les portions du canal qui l'avoisinent sont les parties qui présentent naturellement le moins de largeur et de plus qui se prêtent le moins à la dilatation. Ce peu de dilatabilité de l'orifice uréthral externe est admis par tous les anatomistes; il est largement prouvé du reste par la nécessité qu'éprouve le chirurgien de débrider le méat lorsqu'il veut fortement dilater le canal. La seconde découle de la cause qui a produit la coarctation, je veux dire de l'uréthrite elle-même. La blennorrhagie chez la femme, comme nous l'avons vu, a son siége principal dans le vagin, et lorsque l'inflammation envahit l'urèthre, elle n'affecte, la plupart du temps, que la portion antérieure de la muqueuse.

Il est bon d'ajouter cependant qu'il est des cas où le rétrécis-

sement blennorrhagique peut siéger près du col vésical ; à ce niveau aussi, la longueur de l'urèthre est peu considérable. Enfin les rétrécissements blennorrhagiques de la femme peuvent être multiples. Les observations XIV et XIX en fournissent des exemples.

Les rétrécissements traumatiques siégent surtout à la partie postérieure ou à la partie moyenne du canal. Dus, la plupart du temps, à la compression opérée par la tête fœtale contre l'arcade pubienne, ils ne peuvent guère siéger en d'autres points.

Quant aux rétrécissements syphilitiques, nous ne pouvons leur fixer de siége de prédilection s'ils ont été produits par des ulcérations tertiaires. Si, au contraire, ils s'observent à la suite d'un chancre développé dans le canal, il est probable qu'ils se rencontreront dans les portions antérieures de la muqueuse.

La forme des rétrécissements est des plus remarquables ; tantôt c'est une simple cloison, comme dans cette observation incomplète que j'ai recueillie dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1828.

Observation VI.

M. Manec fait voir un rétrécissement de l'urèthre chez la femme : une cloison membraneuse développée à deux lignes environ de l'orifice externe oblitérait le canal presque complétement.

D'autres fois le rétrécissement est constitué par un épaississement de la muqueuse dans une étendue plus ou moins grande de son parcours. C'est ainsi que sir Benjamin Brodie a rencontré un cas de rétrécissement de l'urèthre d'une épaisseur considérable (1).

(1) *Encyclop. of anat. and phys.*, John Adams.

Observation VII.

Le rétrécissement commençait au méat urinaire, et envahissait le canal dans une étendue de 1 pouce à 1 pouce 1/2. Il était tel qu'on éprouvait la difficulté la plus grande pour faire pénétrer la sonde la plus fine.

Enfin le Dr Blundell, dans ses leçons sur les maladies de la vessie, donne deux cas de rétrécissement de tout le canal depuis le méat jusqu'au col de la vessie. Il ne donne malheureusement aucun détail (1).

Passons maintenant à l'étude des symptômes de ces rétrécissements.

TROISIÈME PARTIE

SYMPTOMATOLOGIE

Des quelques observations que j'ai pu recueillir, il est facile de tirer les signes fournis par l'affection que je décris.

Tout d'abord, ce qui frappe la femme, c'est la diminution de plus en plus considérable du jet de l'urine. Durant quelque temps, c'est la seule particularité qui attire son attention. La miction s'opère néanmoins sans trop de peine. Mais plus tard, après un temps variable, l'urine sort goutte à goutte; la malade fait des efforts violents. Alors, avec cette difficulté pénible apparaissent des douleurs uréthrales. Par moments même, la dysurie est considérable. Malgré les efforts les plus soutenus, la malade ne peut parvenir à uriner; ce n'est qu'après plusieurs

1) *Lectures on the diseases of Women. Lancet*, 21 feb. 1829.

heures de souffrances qu'elle parvient enfin à rendre une petite quantité d'urine.

Dans certains cas des phénomènes de cystite surviennent (obs. XI, XIV, XVII, XVIII)... La malade est en proie à des envies constantes et pressantes d'uriner. Elle éprouve une sensation continuelle de pesanteur au niveau de l'urèthre. Après la miction, une chaleur brûlante parcourt le canal. La vessie est à peine vidée que de nouveaux besoins se font sentir. Bien souvent enfin les urines ont perdu leurs caractères physiologiques. Elles contiennent un abondant dépôt de muco-pus, quelquefois du sang (observ. XVII). Ces phénomènes de cystite, accompagnant les rétrécissements, augmentent encore les traits de similitude qui existent entre cette même affection chez l'homme et chez la femme.

Lorsque le rétrécissement du canal devient plus considérable, un phénomène ultime apparaît. Une strangurie absolue et permanente survient, comme dans le cas de Curling et dans celui que nous rapportons plus loin. Dans l'un, on fut obligé de ponctionner la vessie; dans l'autre, la malade n'eut de soulagement que par la production d'une fistule vésico-vaginale.

Dans ces cas on peut parfois observer un phénomène trompeur qu'on observe souvent chez l'homme dans les mêmes circonstances. Je veux parler de l'incontinence par regorgement. L'observation (IX) du Dr Earle en est une preuve.

Hunter, en parlant des rétrécissements de l'urèthre chez la femme, signale un symptôme qui ne fut noté dans aucune de nos observations (peut-être n'a-t-il jamais été cherché); c'est un suintement habituel par le canal. « Je suppose, dit-il, que ce suintement a pour cause une irritation qui a son siége dans l'urèthre au delà du rétrécissement. » Il attache une grande importance à ce signe, en disant que, dans beaucoup de cas, c'est ce symptôme qui fait reconnaître la présence d'un rétrécissement ou au moins qui en fait soupçonner l'existence.

Tels sont les symptômes qui doivent attirer l'attention du médecin et l'engager à examiner spécialement l'urèthre de la femme. Si alors avec une sonde de trousse ordinaire, il essaie

d'arriver dans la vessie, il ne pourra certainement pas y parvenir. Je dis certainement, parce que dans toutes les observations où ces symptômes existent, jamais on n'a pu pénétrer dans la vessie avec cet instrument. En effet, comme je le disais tout à l'heure en parlant de la rareté des rétrécissements, l'urèthre de la femme, étant excessivement dilatatable, ne donne pas tout d'abord lieu aux symptômes décrits plus haut. Il faut absolument que la coarctation soit presque complète pour que les signes qui l'annoncent se produisent.

Lorsque le rétrécissement en est arrivé à ce point, la sonde, légèrement poussée, éprouve une résistance manifeste. Elle donne à la main qui explore, tantôt la sensation d'une bride à peine élastique, tantôt la sensation d'une membrane épaisse qui s'oppose à sa progression.

Le médecin alors, pour se rendre un compte exact de l stricture, doit recourir à l'emploi des bougies; le plus souvent les plus fines seules passeront, éprouvant de la part de l'obstacle une certaine constriction des plus appréciables. Dans certains cas, celles-là même ne pourront pénétrer.

Il me reste maintenant à signaler un autre symptôme qu'on ne rencontre pas toujours, mais qui fut très-appréciable dans les observations XI et XX.

Introduisant l'index dans le vagin et appuyant la pulpe de ce doigt sur la paroi supérieure de ce conduit, au niveau même de l'urèthre, si le médecin en suit le parcours d'arrière en avant, il pourra observer la particularité suivante : il aura la sensation d'un épaississement plus ou moins considérable au niveau même où sa sonde est venue buter. Cet épaississement occupera parfois la paroi vaginale elle-même, soutenant en ce point le canal rétréci.

Tels sont les symptômes observés jusqu'ici et qui découlent des faits cités dans ce travail. Au début, beaucoup d'entre eux peuvent faire défaut; mais lorsque le rétrécissement est accentué, les principaux existent toujours.

(*A suivre.*)

AMPUTATION ET EXCISION DU COL UTÉRIN

INDICATIONS ET MÉTHODES OPÉRATOIRES

Par John Byrne, M. D., de Brooklyn (New-York).
Traduit de l'anglais par le Dr Cordes.

(SUITE ET FIN) (1).

Cas II. — *Ulcération cancéreuse de tout le col. Excision et destruction des parties malades avec le galvano-cautère. Guérison complète. Pas de récidive six ans après.*

Vers le 1er juillet 1871, le Dr George K. Smith me pria de voir Mme X..., âgée de 47 ans, mère de trois enfants, dont le dernier avait 10 ans. Jusqu'à trois ans auparavant, la menstruation avait toujours été régulière; depuis lors et depuis quinze mois, elle avait les symptômes habituels de l'âge critique. L'écoulement depuis un an n'était plus régulier et des pertes ménorrhagiques l'avaient réduite à un état complétement désespéré. Elle souffrait la nuit des douleurs intolérables ; elle était horriblement émaciée, son facies exprimait l'épuisement et la cachexie assez nettement pour suffire au diagnostic.

Au toucher, je trouvai un col très-gros et irrégulièrement induré. Le canal cervical laissait pénétrer 26 millimètres de l'index ; les tissus voisins, accessibles par le col, étaient durs, très-sensibles au toucher et saignaient abondamment au moindre contact. L'utérus avait 77 millimètres de profondeur.

Vu l'absence de ligne de démarcation entre le col et le vagin, il n'était pas possible de placer l'anse galvanique de façon à saisir une large portion des tissus malades.

Quoique cette difficulté ne se fût pas encore présentée, je l'a-

(1) Voir les numéros d'octobre et de décembre 1878, p. 275 et 434.

vais considérée comme probable et j'y avais pourvu. La malade étant anesthésiée, je n'eus pas de peine à amener les parties malades en vue, et mon spéculum me donna un espace suffisant pour les manœuvres. Etaient présents : les Drs G. K. Smith, Skene, Dwyer et Bedell. Le col fut saisi avec une pince à griffes, tenu dans la main gauche pendant que le couteau galvanique (1) coupait lentement et séparait le col sans effusion sanguine. Le même instrument, un peu plus courbé, fut alors appliqué sur les tissus profonds du col qui fut ainsi taillé comme en copeaux, petit à petit sur les côtés et en haut, aussi profondément que je crus pouvoir le faire sans imprudence.

Cette sorte de forage laissa une cavité en forme de cloche dont le fond n'était qu'à un peu plus de 13 millimètres du fond utérin. Il ne se produisit pas d'hémorrhagie pendant toute l'opération (2).

Le rétablissement de l'opérée fut aussi rapide qu'étonnant et ne fut traversé par aucune complication ; elle n'eut ni fièvre, ni inflammation. La malade est fort bien maintenant.

CAS III. — *Carcinome cervical compliqué de tuberculose pulmonaire. Amputation par le galvano-cautère. Santé parfaite pendant deux ans et demi. Mort amenée par une destruction rapide des poumons ; trois ans après l'opération, aucune réapparition du cancer.*

Mme H..., âgée de 30 ans, a eu un enfant et deux avortements ; elle se présente à la consultation de l'hôpital Sainte-Marie, en juin 1877. Menstruation régulière jusqu'il y a six mois ; depuis là, ménorrhagie fréquemment profuse, toujours accompagnée d'élancements douloureux dans la région sacro-lombaire et de battements dans le vagin. La malade paraît très-

(1) Il faut placer le couteau avant de le chauffer.

(2) Le microscope fit voir dans la partie excisée des cellules cancéreuses et des noyaux libres en grand nombre.

affaiblie, et, à l'examen de la poitrine, on découvre des tubercules dans les deux poumons.

Le toucher fait reconnaître un col tuméfié, sensible à la pression, irrégulièrement induré.

Le canal cervical, dans sa moitié inférieure, quoique assez large, admet difficilement le passage de la sonde dont l'introduction est suivie d'une forte perte sanguine. La profondeur de l'utérus est de 78 millimètres. L'application d'une solution concentrée d'iode, l'usage interne de la quinine, du fer et de l'huile de morue, parurent faire diminuer le volume du col et sa dureté, et la malade étant mieux abandonna le traitement. Elle revint le 4 octobre, accusant un retour de ses anciens symptômes ; à l'examen, je trouvai le col plus gros et plus dur que précédemment. Je me décidai à essayer l'effet du cautère actuel appliqué sur le col jusqu'à l'orifice interne et autour du museau de tanche dans l'espoir d'y éveiller une réaction salutaire et de diminuer la congestion par cette dérivation.

Au bout d'un mois, l'état local paraissait beaucoup mieux; deux fois les règles vinrent sans hémorrhagie, et l'état général semblait s'améliorer.

Cet amendement ne fut que temporaire, car elle revint le 25 janvier, se disant plus mal que jamais; l'examen prouva la justesse de son dire. Elle perdait du sang depuis deux semaines sans interruption, le facies anémique le prouvait suffisamment, et les parties malades étaient plus tuméfiées et plus enflammées que lors des examens précédents.

Je me décidai à exciser le col entier avec le galvano-cautère. L'état de la poitrine contre-indiquait l'anesthésie, et dans le but de savoir quel est le degré de douleur que produisent ces opérations, je l'engageai à ne pas se faire éthériser.

L'utérus ayant été découvert et fixé au moyen de mon spéculum, le col fut saisi avec une pince à griffes, et le couteau galvanique fut appliqué en arrière avant d'être chauffé, la lame étant dirigée transversalement et le tranchant regardant en avant

On fit immerger les éléments et je portai le couteau tout au-

tour du col, près de l'insertion du vagin; je fis ainsi un sillon dans lequel je pus loger le fil; sans lâcher le col, je fis de nouveau passer le courant et achevai la section par quelques tractions légères. Ce qui restait de l'utérus présentait une profonde concavité, et l'organe n'avait plus que 38 millimètres de profondeur à peine. Il ne se reproduisit aucune hémorrhagie pendant ou après l'opération, et la malade affirma n'avoir pas plus souffert que pendant les applications des topiques faites plusieurs fois auparavant.

16 mai. Les règles ont paru deux fois depuis l'opération, et ont duré quatre jours, sans douleur et sans aucune tendance à la métrorrhagie. La malade a engraissé, elle ne souffre pas et se dit parfaitement bien.

La vue ni le toucher ne reconnaissent aucune trace du mal local.

Pendant deux ans et demi, l'opérée jouit d'une santé parfaite, mais elle prit un refroidissement qui fut suivi d'une congestion et d'une hémorrhagie pulmonaire; elle mourut de consomption trois ans après l'opération.

CAS IV. — *Cancer végétant du col. Enlèvement par l'écraseur. Récidive rapide. Deuxième opération avec le cautère galvanique, pas de rechute. Guérison depuis plus de cinq ans.*

Le 11 février 1872, je fus prié par le Dr Marion Sims d'opérer avec le galvano-cautère une dame dont voici l'histoire : Mme X..., âgée de 50 ans. Ascendants du côté paternel bien portants; du côté de sa mère, plusieurs parents sont morts de maladies pulmonaires, une tante enlevée par un cancer du sein.

Les règles ont paru pour la première fois à l'âge de 14 ans, et ont toujours été régulières jusqu'en février 1871.

Elle a eu sept enfants et un accouchement prématuré en 1856 dont elle s'est promptement remise. De février à août 1871, elle n'a pas eu ses époques; en août elle eut une métrorrhagie pro-

fuse qui dura plusieurs jours et devint plus abondante trois semaines plus tard.

L'examen vaginal fit découvrir une tumeur du volume d'un œuf de poule sortant du col et faisant saillie dans le vagin; le canal utérin avait la profondeur normale, le corps n'était pas hypertrophié.

Cette tumeur fut enlevée avec l'écraseur le 23 septembre 1871, et offrit au microscope l'aspect caractéristique d'un cancer épithélial. La malade parut se mieux porter jusqu'au 1er janvier 1872; elle perdit beaucoup de sang pendant tout le mois.

Le Dr Sims la vit le 10 février et découvrit une grosse tumeur en chou-fleur, sortant du col et remplissant complétement la moitié supérieure du vagin. Il devait l'opérer le lendemain, mais il se foula le pied en sortant de sa voiture, et me pria de la voir et de faire l'opération pour lui. Je trouvai la malade épuisée par la perte de sang et tellement émaciée que je me demandai sérieusement si j'osais opérer ou risquer l'anesthésie.

Cependant l'urgence me paraissant démontrée, j'éthérisai la malade et je fis l'opération de la manière suivante : J'entamai avec difficulté *la circonférence supérieure du col* avec l'anse de platine *après l'avoir modérément serrée*, j'immergeai les éléments; pendant quelques secondes, je ne serrai pas l'anse, de sorte que les tissus superficiels furent bien cautérisés.

Quand je crus que le fil avait pénétré de 6 millimètres environ dans les tissus, j'exerçai avec une pince à griffes une traction ferme et soutenue sur la tumeur et la séparai *très-lentement* de son point d'attache en serrant l'anse davantage.

La surface sur laquelle elle était insérée représentait une profonde concavité et il n'y eut pas d'hémorrhagie. La cavité utérine mesurait près de 28 millimètres à partir du fond de la plaie. Je ne fis aucune application topique.

Comme l'opérée demeurait à quelque distance de la ville, je ne pus surveiller sa convalescence, mais le Dr Nichol qui m'avait assisté pendant l'opération, me dit, quelques jours plus tard, après l'avoir vue, qu'elle était en mauvais état. Vers la fin

de mai, m'étant rendu dans son voisinage, je la trouvai allant et venant et capable de surveiller son ménage. Actuellement (mai 1877), elle est en parfaite santé.

Cas V. — *Cancer encéphaloïde intéressant tout l'utérus et les parois vaginales. Opération palliative avec la curette et le galvano-cautère. Arrêt complet de l'hémorrhagie et des pertes putrides. Amélioration remarquable de l'état général et local.*

Mme X..., veuve, âgée de 30 ans, a deux enfants; elle s'est toujours bien portée jusqu'en janvier dernier. Les règles, jusqu'alors normales, devinrent trop abondantes et durèrent plus de huit jours.

Elles furent suivies d'une forte perte aqueuse, après laquelle parut une ménorrhagie qui dura dix jours. La malade continua d'avoir une perte aqueuse blanchâtre dans l'intervalle des règles jusqu'à la première semaine de mars; à ce moment, après un travail fatigant dans l'hôtel où elle était femme de chambre, elle fut prise de violentes douleurs expulsives et d'une hémorrhagie qui faillit l'emporter. Elle ne se rappelle pas combien dura cette perte; quand elle s'arrêta, elle entra dans un des hôpitaux de New-York, où elle resta plusieurs semaines sans qu'on lui fît rien.

Le vendredi 10 mai, elle se présenta au Collége des Médecins et des Chirurgiens dans la vingt-troisième rue et fut examinée par le professeur Thomas, qui reconnut aussitôt un cancer utérin très-étendu, intéressant les parois vaginales antérieure et postérieure, et déclara son mal sans espoir, ce qui était vrai. Elle se présenta alors à l'hôpital Sainte-Marie avec une lettre du Dr Charles S. Ward, qui recommandait à la malade de me voir dans l'espérance que je pourrais, à l'aide du galvano-cautère, lui procurer un soulagement temporaire.

Après son admission, elle me dit qu'elle n'avait cessé de perdre du sang depuis plusieurs jours; sa figure exsangue et son épuisement le prouvaient suffisamment; elle ne pouvait faire

un pas sans soutien, et il fallut lui donner des stimulants avant de pouvoir la mettre au lit.

Au toucher, je trouvai les choses exactement dans l'état que m'avait décrit le Dr Ward; la perte de sang était effrayante; je ne pus que placer un tampon qui arrêta l'hémorrhagie; mais, après l'avoir enlevé, je dus le remplacer par un autre, que je laissai quarante-huit heures; quand je le retirai, comme l'hémorrhagie ne reparut pas, je me décidai à tenter au plus tôt ce que pourrait faire le cautère.

L'opération fut faite le samedi 18 mai, de la manière suivante : la moitié supérieure du vagin étant remplie par une large masse encéphaloïde adhérente de tous les côtés, il n'était possible d'en saisir qu'une portion, de telle sorte que, cette portion enlevée, il en resterait encore davantage. La consistance encéphaloïde de la tumeur empêchant le fil d'agir comme hémostatique, il s'écoula beaucoup de sang; je me décidai donc à terminer au plus tôt. Je saisis les parties les plus saillantes avec une forte pince à polypes, et les déchirai morceau par morceau, jusqu'à ce que la plus grande partie de la masse fût ainsi arrachée de l'utérus et du vagin. J'employai le couteau-cautère pour abraser ou enlever en creusant tout ce qui restait, et j'appliquai le cautère en forme de dôme sur toute la surface sous-jacente. L'hémorrhagie avait alors entièrement cessé; mais, par prudence, je tamponnai soigneusement la cavité utérine et le vagin, et je fis mettre la malade au lit. Les deux semaines suivantes se passèrent sans rien présenter qui mérite d'être détaillé. Le tampon fut enlevé quarante-huit heures après l'opération, et, comme il ne se produisit aucune hémorrhagie, je fis faire des injections vaginales deux fois par jour avec un mélange de glycérine, d'eau et d'acide phénique.

Il n'y eut pas de péritonite ni aucune inflammation, et la malade fut débarrassée d'une grande partie de ses douleurs. L'appétit et le sommeil reprirent, et au bout de trois semaines elle était assez forte pour s'asseoir et pour traverser la salle. La perte purulente qui suivit l'application du cautère dura quinze

jours, puis elle fut remplacée par une perte peu abondante, séreuse et inodore.

Le 15 juin, j'examinai soigneusement les parties opérées, et les trouvai douces, mais inégales et un peu dures au toucher; elles semblaient couvertes d'une sorte de membrane, elles ne saignaient pas au contact du doigt. Le facies s'était amélioré de jour en jour, si bien que, se trouvant assez forte et désirant voir ses amis, elle obtint la permission de quitter l'hôpital. J'ai le regret d'ajouter qne je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Cas VI.— *Ulcération cancéreuse de tout le col s'étendant au corps utérin et aux parois vaginales. Opération avec la curette et le galvano-cautère. Pas de récidive jusqu'en mai* 1877, *plus de deux ans après.*

Mme M..., âgée de 54 ans, a eu quatre enfants et pas de fausse couche; son dernier accouchement s'est fait il y a dix-huit ans. La menstruation a paru à 17 ans; elle a toujours été régulière. sauf pendant la grossesse et l'allaitement. Il y a environ cinq ans, la ménopause s'annonça, sans troubles généraux ou locaux et avec peu de symptômes nerveux. La malade croit que plusieurs parentes de sa mère ont eu des maladies de matrice; elle sait qu'une de ses ancêtres est morte d'un cancer.

Il y a deux ans, trois ans après la cessation des règles, elle eut une petite perte qui dura plusieurs jours, mais ne s'accompagna ni de douleur ni de gêne.

Quelques semaines plus tard, elle fut prise de douleurs pelviennes violentes et d'une perte beaucoup plus forte et plus longue que la première fois.

Depuis lors, jusqu'aujourd'hui, 20 mars 1875, Mme M... maigrit constamment; des hémorrhagies copieuses et fréquentes, des pertes aqueuses de mauvaise odeur, des douleurs nocturnes persistantes l'ont réduite à un état à peu près désespéré. La cachexie est assez accusée pour indiquer nettement la source et la nature de ses souffrances, et ses amis ont depuis longtemps

cessé de chercher ou d'espérer une amélioration appréciable médicale ou chirurgicale.

A l'examen je trouvai un col gonflé, induré, et au centre, autour du museau de tanche, sur un espace égal au quart d'un dollar (1), profondément excorié et saignant au moindre contact. La cavité utérine mesurait 90 millimètres, et je pus juger, d'après la sensation que me communiquait la sonde, que le corps de l'utérus était aussi envahi. Les parois vaginales étaient çà et là parsemées de tubercules durs d'une nature indubitablement cancéreuse. L'examen fit couler beaucoup de sang.

Opération 5 avril. L'état de la malade s'étant un peu amélioré sous l'influence du repos, des styptiques locaux et d'une bonne nourriture, voici comment j'opérai :

L'utérus ayant été découvert au moyen de mon large spéculum, et la branche périnéale étant écartée de façon à me donner l'espace suffisant pour manœuvrer, la pince à griffes divergentes (2) fut placée dans le canal cervical et ouverte de façon à bien saisir le col. L'utérus fut alors abaissé autant que sa mobilité limitée le permettait, et je pris l'instrument dans ma main gauche, que je maintins immobile (v. la figure, nº de décembre, p. 437). Avec le couteau cautère, tenu dans la main droite, je traçai un sillon *près de l'insertion vaginale,* pour y loger l'anse de platine. Je passai celle-ci *au-dessus* de l'extrémité fenêtrée de la pince, et quand je l'eus engagée dans le sillon préparé pour la recevoir, je la serrai et la fixai dans l'écraseur galvanique, puis je la mis en communication avec deux éléments de la pile (la moitié), et pus ainsi séparer lentement le col. Le moignon, comme à l'ordinaire, était en forme de coupe; il fut donc facile de fixer l'utérus avec la pince, et, pendant qu'un assistant m'aidait en pressant sur le fond de l'utérus, j'introduisis une petite curette

---

(1) C'est sans doute du dollar en argent qu'il est question. Il est à peu près de la largeur de notre pièce de cinq francs. (Trad.)

(2) Ce doit être une pince analogue à celle qui est figurée dans les *Annales de Gynécologie,* août 1878, p. 92.

dans la cavité, et j'enlevai en raclant tout ce qui restait du canal cervical et un peu au delà. Ayant ainsi gagné un peu d'espace, je me servis d'une plus grosse curette pour enlever ou détruire autant que possible les tissus ramollis et malades. Pendant toute l'opération, la malade perdit fort peu de sang. J'épongeai alors soigneusement la cavité, et y appliquai pendant quelques minutes un tampon imbibé d'acide acétique et de tannin, pour préparer la partie la plus importante de l'opération. Je touchai tous les points de l'excavation avec un cautère en forme de dôme *chauffé au rouge-cerise;* après l'avoir retiré, j'épongeai de nouveau, et cautérisai encore jusqu'à ce que tout fût escharifié.

Enfin je détruisis avec le cautère tous les noyaux indurés dont la paroi vaginale était parsemée, et, ayant tamponné l'utérus et le vagin, je fis mettre la malade au lit en prescrivant un suppositoire anodin.

Il me paraît superflu de raconter jour par jour les progrès de la convalescence.

Vingt-quatre jours après l'opération, elle se sentait fort bien, n'avait pas de douleur et n'avait guère de sensibilité hypogastrique. Elle n'eut que peu de fièvre et pas d'inflammation pelvienne pendant toute sa convalescence. Depuis le quatrième jour, elle perdit beaucoup de pus et de nombreux débris de tissus ; le pus continua à couler en diminuant graduellement pendant quatre semaines.

A la fin de la cinquième semaine, toute perte ayant cédé et l'opérée se sentant fort bien, je l'examinai soigneusement et trouvai les parties entièrement cicatrisées et couvertes d'une membrane d'apparence saine. Je pus passer une sonde à travers l'ouverture froncée jusque dans l'utérus sans provoquer de douleur ; elle ne ramena pas de sang.

Quand elle quitta l'hôpital, la malade reçut l'ordre de venir se faire examiner fréquemment, ce qu'elle a fait, et lorsque je l'ai vue pour la dernière fois, le 14 avril, deux ans après l'opération, elle ne présentait aucune trace de récidive; sa santé était excellente.

Cas VII. — *Hypertrophie bénigne (hyperplasie) du col, compliquée de procidence et de cystocèle. Amputation par le galvanocautère, élévation permanente de l'utérus.*

Mme X..., âgée de 35 ans, a eu cinq enfants, le dernier il y a trois ans et demi, et une fausse couche trois jours avant que je la visse, le 16 décembre 1870. Elle se plaint de douleurs fortes et constantes dans les lombes, d'une sensation de pesanteur pelvienne, de leucorrhée et de ténesme. La menstruation est régulière, assez douloureuse, et quelquefois elle perd des matières muco-sanguinolentes dans l'intervalle, surtout après s'être longtemps tenue debout ou après un exercice fatigant.

Je trouve l'utérus bas ; à l'entrée de la vulve, un col très-gros, de forme irrégulière et sensible. Le museau de tanche est assez ouvert pour admettre le bout du doigt, mais il ne peut être élargi à cause du gonflement des tissus voisins.

La paroi vésicale descend assez en bas pour former une cystocèle lorsque la malade se tient debout. Le doigt ramène un mucus sanieux. Le spéculum découvre un col de 68 millimètres de diamètre, d'un rouge pourpre et lobulé.

La sonde pénètre jusqu'à 10 centimètres dans une direction qui annonce une antéversion avec une légère flexion ; mais le palper démontre que cette grande profondeur est due à l'allongement du col, et que le corps utérin est peu hypertrophié.

Après quelques mois d'un traitement qui consista principalement dans des douches vaginales chaudes, des applications de glycérine iodée sur le col, l'application d'un pessaire de Hodge, l'état utérin s'améliora beaucoup et la malade suspendit pour quelque temps ses visites à l'hôpital.

Le 4 janvier 1872, elle revint à la consultation, disant que l'amélioration n'avait pas duré.

Elle avait en effet beaucoup empiré et avait eu des ménorrhagies de longue durée.

L'utérus avait 10 centimètres de profondeur et, sauf que l'introduction la plus délicate de la sonde faisait saigner le col, l'état local était à peu près le même que précédemment.

Je lui conseillai d'entrer à l'hôpital pour s'y faire opérer; elle y entra le 2 février 1872, et je décidai d'enlever tout le col jusqu'à son insertion vaginale, puis d'exciser plus tard des parties de la paroi vaginale antérieure avec le clamp-cautère de Nott.

Opération. Je fis avec un petit couteau un sillon autour de la base du col pour y loger l'anse métallique; puis, exerçant une *légère* traction avec la pince à griffes, je plaçai le fil dans cette rainure (V. la fig.).

Je fis alors passer le courant et rétrécis *lentement* l'anse galvanique pour éviter l'hémorrhagie; la section prit ainsi huit ou dix minutes. Quand le col fut séparé, le moignon apparut concave; comme il n'y avait aucun écoulement de sang, je ne fis aucun pansement.

La malade se trouvant bien pendant trois jours, on ne fit aucun traitement.

Vers le quatrième jour, — il en est presque toujours ainsi dans ces cas, — commença à se produire une perte abondante de pus louable et, pendant la semaine suivante, le vagin fut douché deux fois par jour avec de l'eau tiède et du savon de Castille, un peu plus tard avec une solution de sulfate de zinc (4 grammes pour 30 grammes d'eau). L'examen au spéculum, fait le 2 mars, quatre semaines après l'opération, me montra une cicatrisation parfaite, et la surface de laquelle le col avait été séparé, lisse et couverte d'une membrane saine.

9 mars. La malade fut placée sur une table et anesthésiée pour l'opération à faire sur la paroi vaginale antérieure. Mon ami, le Dr Nott étant présent ainsi que les médecins de l'hôpital, nous fûmes très-surpris de constater que *la paroi vésico-vaginale ne faisait plus de saillie, le doigt avait peine à atteindre l'utérus comme si le vagin avait été tiré par en haut. Non-seulement l'utérus était fort élevé, mais il fut impossible, par des tractions fortes mais prudentes, de le faire descendre.* Aucune opération n'étant indiquée, la malade fut bientôt renvoyée *guérie*.

Depuis la lecture de ce mémoire, un des cas rapportés plus haut a été le motif d'une action judiciaire, la malade accusant le chirurgien de fautes lourdes, et demandant, pour la perte de son col cancéreux, la modeste somme de 125000 francs.

Plusieurs confrères m'ayant dit que ce cas, à leur point de vue tout nouveau, pouvait présenter de l'intérêt pour tous les médecins aussi bien que pour les gynécologistes. Je crois devoir en donner la relation.

Dans ce but et quoique tardivement, car le volume des *Transactions* (1) était déjà à l'impression, je priai mon avocat de me donner un résumé rapide de cette affaire. Voici ce qu'il m'a répondu :

Brooklyn, 6 décembre 1857.

Cher Monsieur,

Il ne m'est plus possible de vous fournir, dans le temps que vous me fixez, un rapport complet sur le cas de Mme Hopson, qui a été jugé par la Cour suprême dans la session d'octobre dernier.

On n'y a agité aucun principe de jurisprudence médicale, ni appliqué la loi générale sur la négligence aux devoirs et obligations des médecins, car la plaignante n'a fourni aucun témoignage digne d'être soumis au jury sur la simple déposition de sa plainte.

Elle avançait : 1° Une erreur de diagnostic qui avait fait considérer comme une maladie maligne de l'utérus une simple inflammation bénigne. 2° L'impropriété du traitement, l'amputation du col. 3° Maladresse dans l'exécution. Et elle ajoutait : 4° Comme aggravation, le rétrécissement du canal et l'obstruction à l'écoulement du sang menstruel comme preuve

---

(1) Ce mémoire a paru d'abord dans les *Gynecological Transactions*, vol. II (Trad.)

de négligence. Elle demandait 125000 francs de dommages-intérêts.

Avant l'audience, la cour ordonna l'examen de la plaignante et elle subit en effet un examen complet. Cette expertise fut faite par les Drs Nœggerrath, de New-York, Skene et Ayres, de Brooklyn. L'opinion unanime des experts fut que l'état et l'aspect des parties opérées indiquaient un résultat supérieur à ce que l'on obtient ordinairement après ces opérations.

Ces Messieurs assistèrent aussi à l'audience pour donner leur témoignage s'ils en étaient requis. Le Dr Peaslee, de New-York, qui avait été prié d'assister à l'examen de Mme H..., n'avait pu le faire à cause de ses occupations professionnelles, mais il parut à l'audience pour affirmer les mérites de l'opération, votre habileté professionnelle et votre réputation.

Ce procès excita l'attention publique, et un grand nombre d'hommes de loi et de science assistèrent aux débats.

Plusieurs médecins furent appelés sur la demande de la plaignante. Un seul osa mettre en question l'exactitude du diagnostic, mais son témoignage fut complétement anéanti par un second interrogatoire. Pas un des témoins à charge ne se hasarda à critiquer la méthode opératoire; les deux seuls à qui leur expérience donnait de la valeur, l'ont vivement approuvée; ils ont ajouté, connaissant le cas de Mme Hopson, que les rétrécissements sont toujours curables et que leur possibilité ne contre-indique pas l'opération. Enfin ils ont affirmé que l'aspect général des parties excisées prouve l'habileté et les soins avec lesquels l'amputation a été faite.

Sur ces témoignages, la plaignante appuyait sa réclamation. Nous demandâmes naturellement une ordonnance de non-lieu, ce qui sans doute donnait à l'affaire la tournure que nous désirions, mais s'opposait à l'introduction du témoignage que devaient nous donner les experts déjà nommés et d'autres : que : 1° il n'était pas probable que votre grande expérience et votre attention bien connue eussent permis une erreur de diagnostic et 2° que le traitement adopté était le meilleur possible dans l'état de Mme Hopson.

Voici l'opinion de Son Honneur le juge Gilbert en rendant le non-lieu (1) :

« J'ai donné beaucoup d'attention à cette cause, et si d'un « côté le public a un grand intérêt à obtenir des soins entendus, « de l'autre, c'est le devoir des tribunaux de protéger les méde- « cins contre des accusations sans fondement. Dans l'espèce, « l'accusation était que le défendant avait fait une opération « pour un cancer qui n'existait pas, et rien de plus. On ne l'ac- « cusait pas d'avoir abandonné sa malade, ni d'avoir choisi un « mode opératoire qui ne fût pas approprié au cas. La question « est donc de savoir si l'accusation a prouvé la maladresse de « l'opérateur qui aurait fait une opération sans nécessité, suf- « fisamment pour en faire une action légale. Mon opinion est « qu'elle ne l'a pas prouvé, et je manquerais à mon devoir en « demandant au jury si le défendant est coupable de négli- « geance alors que rien ne le prouve.

« Le Dr Strew, qui a soigné la plaignante pendant des années « et connaît sa constitution, dit qu'elle n'avait pas de cancer; « mais plus tard, dans sa déposition, il dit que personne ne « peut affirmer qu'une malade a un cancer avant qu'elle ait suc- « combé.

« Je ne crois pas devoir donner beaucoup de poids au témoi- « gnage du Dr Strew, puisqu'il est en opposition avec celui de « tous les experts que l'accusation a cités. Ce serait une grande « injustice d'exiger des médecins qu'ils prouvent que chaque « tumeur qu'ils enlèvent est un cancer. Pour moi, la question « est celle-ci : puisque la plaignante ne peut pas prouver que sa « tumeur n'est pas un cancer, la défense n'a pas à prouver « qu'elle le soit.

« Il serait injuste, quand des médecins respectables et com- « pétents sont en cause, de favoriser un soupçon de négli- « gence, comme dans le cas actuel.

« Je déclare qu'il n'y a pas lieu de poursuivre. »

JNO C. MC GUIRE.

---

(1) Extrait du *Brooklyn Eagle*.

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.
SERVICE DE M. LE Dr BOURDON.

LYMPHANGITE UTÉRINE, SANS FRISSON, SURVENUE LE HUITIÈME JOUR APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — MORT.

Par MM. Ozenne et Godemel,
Elèves du service.

D... (Élise), âgée de 19 ans, couturière, primipare, de constitution moyenne, entre le 1er octobre 1878, salle Sainte-Marie.

Antécédents. — Menstruation apparue à 14 ans, toujours régulière jusqu'en 1877, époque de la première grossesse; pas de maladies antérieures.

Dernières règles le 25 décembre 1877; grossesse sans accident; rupture de la poche dans la matinée du 1er octobre; présentation du sommet (O. I. D. P.); accouchement dans la soirée du même jour; délivrance naturelle sans hémorrhagie; pas de frisson durant l'accouchement, ni à la suite.

Les huit jours qui suivent l'accouchement se passent sans aucun fait insolite.

Le 4 octobre. Léger mouvement fébrile, correspondant à la montée du lait. Les seins sont en bon état, et n'offrent ni crevasses, ni traces de lymphangite. L'utérus revient bien et ne présente pas de sensibilité à la pression, et la malade n'est pas tourmentée par les tranchées utérines. Les lochies n'ont aucune odeur spéciale et sont de bon aloi.

Le 9, c'est-à-dire huit jours après l'accouchement, nous trouvons la malade, à la visite du soir, pâle, respirant avec difficulté, le pouls petit, fréquent.

La peau est chaude, sèche; la langue blanchâtre sur la face dorsale,

rouge à la pointe; la soif vive. Depuis le matin la malade a eu plusieurs garde-robes liquides.

Interrogée au point de vue du frisson elle répond qu'elle n'en a pas eu, qu'elle n'a ressenti aucune sensation de froid, *qu'elle n'a pas eu le plus léger frissonnement;* elle ajoute même qu'elle va très-bien.

Le ventre est un peu ballonné, mais souple, non douloureux, ce qui permet d'explorer aisément l'état de l'utérus; celui-ci est bien revenu, et une pression méthodique, pratiquée au niveau des angles, du fond et de la face antérieure de l'organe ne révèle aucun point douloureux. Dans la fosse iliaque gauche pas de sensibilité spéciale. Dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, une pression profonde réveille une très-légère douleur.

Les organes génitaux externes, examinés avec soin, sont sains; pas de déchirures; pas d'œdème.

Poumons: Cœur intact; articulations non douloureuses; urine sans albumine. — P., 120; T. A., 39°; R., 48.

Traitement : sulfate de quinine, 0,50 cent.

Injections de permanganate de potasse.

La malade est transportée salle Saint-Basile.

Le 10, *matin*. Délire calme toute la nuit; abattement inconscient, car la malade trouve qu'elle est en bon état.

La face offre la même pâleur que la veille; le nez s'effile; les yeux s'enfoncent dans l'orbite; la langue est sale; la diarrhée continue; pas de hoquet; pas de vomissements.

La peau, toujours sèche, est chaude, brûlante et le siége d'une hyperesthésie notable. L'abdomen est plus tendu que la veille, et surtout ballonné dans la région périombilicale.

Au toucher, on sent le col fendillé, comme déchiqueté; le doigt qui a servi à cette exploration est couvert d'une sanie fétide.

Même gêne de la respiration; pas de toux; pas d'expectoration; pas de frisson. — P., 110; T. A., 38,6; R., 42.

Même traitement; potion de Tood; frictions avec onguent belladoné.

Soir. La prostration augmente; les extrémités prennent une teinte bleuâtre et sont froides; les traits sont tirés; la langue sèche, rouge sur les bords et à la pointe; la soif intense; la respiration costale, pénible, fréquente.

Même météorisme sans douleur à la pression, qui ne réveille même plus le point sensible, primitivement perçu dans la fosse ilia-

que droite; lochies fétides; pas de frissons. — P., 126; T. A., 39,4; R., 48.

Le 11, *matin*. Le délire est revenu la nuit, sans agitation; la face est de plus en plus terreuse; le nez, de même que les doigts, froids et bleuâtres.

La tension du ventre augmente, ainsi que le tympanisme; aucune douleur à la pression.

Même état des voies digestives; accélération et gêne de la respiration; double congestion pulmonaire.

Rien aux articulations, ni sur le trajet du membre inférieur.

Pouls petit, fréquent, régulier (144). — T. A., 39°; R., 56.

Traitement: potion de Tood, sulfate de quinine, injection de perm. de potasse, vésicatoire sur l'abdomen, vingt ventouses sèches sur le thorax.

Soir. La malade est de plus en plus prostrée, étrangère à ce qui se passe autour d'elle. — P., 140; T. A., 39,2; R., 48.

Le 12, *matin*. Stupeur; figure grippée; yeux excavés; facies abdominal. — P., 132; T. A., 38,5; R., 44.

Soir. L'agonie continue; mort dans la nuit.

Autopsie trente heures après décès.

Le ventre est énorme, et rend un son tympanique.

La paroi abdominale incisée, on voit les anses intestinales distendues par des gaz, et parcourues d'arborisations vasculaires très-nombreuses. Çà et là, elles sont recouvertes de fausses membranes blanchâtres, récentes, qui les font adhérer mollement les unes aux autres. Sur la paroi postérieure de l'abdomen, sur la face inférieure du diaphragme, sur le foie, sur tous les organes en contact avec le péritoine, on peut en constater quelques-unes minces, peu adhérentes.

L'excavation pelvienne est remplie d'un liquide séro-purulent, qui baigne et entoure l'utérus et ses annexes, libres de toute adhérence, en avant comme en arrière.

L'utérus mesure 12 centimètres dans son diamètre longitudinal, et 10 centimètres d'une corne à l'autre; il est ferme, dur, et présente sur sa face externe une vascularisation assez prononcée, masquée dans plusieurs points par des fausses membranes récentes. On n'y voit aucune *dilatation variqueuse blanchâtre*.

Fendu dans toute sa longueur, l'organe offre des parois épaisses et dures; sa surface utérine est tapissée par un mucus rougeâtre, peu

abondant, accumulé au niveau de l'insertion placentaire, de laquelle on ne voit partir aucun vaisseau malade.

Par des coupes minces, superficielles, pratiquées au niveau des cornes et sur la partie latérale droite du col, on tombe sur des vaisseaux, sans valvules, manifestement dilatés, et remplis d'un pus blanc crémeux; ces vaisseaux, qui ne sont autres que des lymphatiques, n'existent qu'au nombre de 4 ou 5.

Saisis entre les mors d'une pince, ils sont très-friables, se laissent facilement déchirer, et, en les incisant dans toute leur longueur, il semble qu'ils convergent vers l'extrémité droite du col.

Celui-ci, à ce niveau, offre une déchirure profonde; les bords épaissis en sont noirâtres, irréguliers, déchiquetés; cependant de nombreuses coupes, intéressant toute l'épaisseur du col, ne peuvent mettre à jour aucun lymphatique malade. Il est, de même, impossible de constater la présence d'aucun ganglion.

Des incisions profondes, se rapprochant de plus en plus de la face interne de l'utérus, et pratiquées au niveau des angles et des bords, font reconnaître l'état d'intégrité des veines; les sinus sont bien remplis de sang noirâtre, mais *sans caillots, sans pus;* leurs parois n'ont subi aucune altération, et il n'y a trace de phlébite dans aucun point de l'organe; tout autour, de même que dans les membres inférieurs, les veines sont intactes.

Les ovaires, les trompes ne présentent d'autre modification que de la congestion.

Le foie offre son volume et son aspect ordinaires.

La rate est volumineuse, congestionnée et mesure 22 centimètres de long sur 10 centimètres de large; pas de ramollissement.

Les reins participent à la congestion générale, que l'on note encore dans les deux poumons, exempts de toute autre lésion; rien dans les plèvres.

Péricarde intact; cœur ferme, dur, sans lésions vulvulaires; quelques caillots blanchâtres, fibrineux, enchevêtrés entre les colonnes charnues.

Pas un seul abcès métastatique. Le cerveau n'a pu être examiné.

Réflexions. — Telles sont les lésions que l'autopsie nous a permis de reconnaître; elles nous démontrent qu'il y a eu suppuration des lymphatiques et du péritoine, mais absence

de suppuration des veines, et que le point de départ de la lymphangite paraît devoir être rapporté à la déchirure du col, bien qu'on n'ait pu découvrir à ce niveau aucune lésion des lymphatiques.

Ce résultat est, d'ailleurs, venu confirmer le diagnostic de lymphangite porté par notre maître, M. Bourdon, qui, en même temps, nous faisait remarquer combien il est parfois difficile, en présence des signes dont l'ensemble constitue le complexus, autrefois désigné sous le nom de fièvre puerpérale, de localiser l'affection, d'établir en un mot une distinction nette entre la lymphangite et la phlébite utérines.

En effet, dans le cas actuel, deux points méritent d'attirer l'attention :

1° Le début tardif de la maladie;

2° La marche irrégulière de quelques symptômes et l'anomalie de certains autres.

Ainsi, ce n'est que *le huitième jour* après l'accouchement, que notre malade éprouve les premières atteintes de la lymphangite; or, il est de règle que le début ait lieu dans les cinq premiers jours.

En outre, un frisson marque ordinairement ce début. Chez notre malade, il n'a pas existé; nous nous trouvions donc en présenee d'une de ces exceptions déjà signalées par notre cher maître, M. Siredey, et par ses élèves, MM. Stoïcesco et Fioupe.

Dans la lymphangite, la douleur, dit-on, est constante, toujours superficielle et très-vive. Ici, il est vrai, elle a été notée, mais avec des caractères différents. Il fallait, pour la réveiller, une pression profonde dans un point très-limité, et encore n'était-elle provoquée que faiblement.

Au lieu du visage animé, congestionné, propre à la femme, atteinte de lymphangite, nous étions en présence d'un visage remarquable de pâleur. Nous ajouterons enfin que la malade a été en proie au délire pendant deux nuits.

Ainsi donc, début huit jours après l'accouchement, absence de douleurs vives, pâleur des téguments et délire, tels sont les phénomènes qui, pendant quelque temps, ont pu faire mettre

en doute la lymphangite. Plus tard, l'état du pouls, la marche de la température, le ballonnement du ventre (bien qu'il soit resté presque indolore), ont permis de poser définitivement le diagnostic d'angéioleucite et de péritonite consécutive.

FIÈVRE INTERMITTENTE TIERCE, PUIS QUOTIDIENNE AVEC STADES TRÈS-NETS CHEZ UN ENFANT DE SIX MOIS.

Par le Dr Rigabert, de Port-d'Envaux (Charente-Inférieure).

Le 23 août 1878, je fus appelé près d'un enfant de 6 mois atteint, disait-on, de crises de convulsions. Retenu près d'un malade assez éloigné de ma résidence, je n'arrivai qu'assez tard chez les parents du petit, M. D..., lequel je trouvai très-gai et buvant avidement son biberon.

Je ne pus constater rien de particulier chez cet enfant, très-bien portant d'ailleurs, qu'une sueur assez abondante.

J'interrogeai la famille : on me raconta que sur les midi, le petit enfant fut saisi subitement de tremblement général avec prédominance du côté des membres supérieurs; puis la respiration s'embarrassant, la face pâlit et les extrémités devinrent cyanosées.

Ces phénomènes furent remplacés au bout de quelques minutes par une chaleur générale à laquelle succéda une sueur très-abondante : le tout ayant duré quatre heures environ.

Ne trouvant rien de particulier chez l'enfant au moment de ma visite et ne songeant point à un accès de fièvre intermittente, je prescrivis pour le lendemain matin quelques cuillerées à café de sirop de chicorée composé pour combattre la constipation existant depuis l'avant-veille.

La journée du samedi 24 fut excellente. Le dimanche 25, vers neuf heures du matin, quelques heures avant la crise du vendredi, le petit M. D... fut pris des mêmes symptômes : tremblement, pâleur de la face, cyanose des extrémités, puis chaleur, enfin sueur. Cette fois-ci je pus examiner l'enfant pendant toute la durée de cette crise. Je constatai en outre une hypertrophie assez marquée de la rate dans l'hypochondre gauche.

Les parents très-inquiets voyaient déjà l'enfant perdu sans ressources.

Pour moi, tenant compte d'une part du retour périodique de ces accès et d'une autre de leur analogie par certains côtés avec la fièvre intermittente chez l'adulte, je soumis de suite le petit M. D... au traitement que réclamait son état.

Je prescrivis trois suppositoires comme le suivant, à appliquer pendant trois soirs au moment de la toilette de nuit de l'enfant.

Sulfate de quinine.....	0,15
Extrait de belladone...	0,01
Beurre de cacao.......	Q. s.

(L'extrait de belladone à titre de laxatif.)

Le lundi 26, rien à signaler.

Le mardi 27, à la même heure que le dimanche, retour de l'accès. Mais les stades moins longs.

Mercredi pas de fièvre.

Le jeudi, léger accès, puis le vendredi, puis le samedi, toujours à la même heure. Ces accès débutaient toujours par un tremblement aussi accusé que la première fois, seuls les stades de chaleur et de sueur diminuaient insensiblement.

Dès le jeudi, la fièvre était donc devenue quotidienne.

Craignant que les déjections de l'enfant ne vinssent délayer les suppositoires et, par suite, empêcher l'absorption d'une dose nécessaire de quinine, je fis administrer au petit malade, après l'accès du samedi, un lavement ainsi formulé :

Sulfate de quinine.....	0,20
Acide tartrique........	0,60
Eau..................	q. s.

Le dimanche, l'enfant n'avait point d'accès, et depuis sa guérison ne s'est pas démentie. Il a repris aujourd'hui sa fraîcheur et son embonpoint passés. La rate tend notablement à diminuer.

Réflexions. — Cette observation m'a paru très-intéressante à divers titres. Tout d'abord je suis frappé de la fièvre intermittente chez cet enfant dans un arrondissement où il n'en existe jamais; il est de fait que dans plus de quatre ans de

pratique je n'ai pas ordonné 5 grammes de sulfate de quinine pour enrayer des accès de fièvre intermittente paludéenne.

Si je reprends maintenant les phénomènes constatés chez le petit malade, je suis frappé de la netteté du stade de froid. Ce fait du tremblement remplaçant le frisson de l'adulte, chez un enfant pris de fièvre intermittente a déjà été signalé avant moi par mon honorable confrère le Dr Ledouble qui a publié une observation analogue dans ce même journal (1). Ces deux faits viennent contredire l'assertion de M. le Dr Bouchut, qui publiait dernièrement dans la *Gazette des hôpitaux* (2) que « au lieu de frissonner, les petits enfants bleuissent, ont un peu froid... mais n'arrivent jamais jusqu'au tremblement. »

Il est donc constant que dans la fièvre intermittente chez les petits enfants, le stade de frisson existe et est aisé à constater; il est du reste permis d'expliquer ce tremblement convulsif du stade de froid, par la propriété qu'a le système nerveux dans le bas âge de réagir sous n'importe quelle influence morbide.

Sur le stade de chaleur je n'ai rien à noter de spécial.

Il n'en est pas de même pour la période de sueur : ici encore je suis obligé de venir contredire les assertions du Dr Bouchut qui, dans cette même leçon sur la fièvre intermittente chez les petits enfants, dit : (3). « La fièvre a commencé par du malaise et de la chaleur : il n'y aura même pas de sueur. L'âge imprime en effet une perversion considérable à l'accès, les stades en sont bouleversés et méconnaissables; pas de frisson, parfois chaleur, jamais de sueur. »

Or dans le cas actuel, la sueur était tellement abondante, qu'il fallut à chaque accès changer l'enfant et remplacer la garniture de son oreiller complètement mouillée par places. Le cas du Dr Ledouble, mentionne aussi cette sueur abondante.

---

(1) *Annales de Gynécologie*, t. VIII, août 1877, p. 132.

(2) *Gazette des hôpitaux*, année 1878, p. 785. Leçons recueillies par M. Gauché, interne de service.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 785. *Loc. cit.*

Je signalerai enfin cette particularité dans le retour des accès : la fièvre de tierce devenant quotidienne.

Tout ceci pour prouver une fois de plus que dans les maladies des petits enfants il est difficile de poser des règles absolues dans la marche et la forme que revêtent les symptômes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Palper abdominal. — M. Tarnier dépose sur le bureau le *Traité du palper abdominal* de M. le Dr Pinard.

Lettres de candidatures. — Signalons parmi les candidats aux places déclarées vacantes dans les diverses sections, MM. Léon Labbé et Polaillon, collaborateurs des *Annales*.

Nouveau pessaire. — M. Tarnier présente à l'Académie un nouveau modèle de pessaire imaginé par le Dr Fowler et fabriqué par MM. Mathieu fils.

Comme l'a dit le Dr Sims, aucun pessaire n'est universel, mais le pessaire du Dr Fowler est celui qui s'en rapproche le plus.

Par son action, il agit en bras de levier, c'est-à-dire comme redresseur dans le genre de celui de Hodge.

Il agit aussi comme soutien de l'utérus et comme maintien de cet organe dans sa direction normale.

Le pessaire simple a la forme d'une cuvette sans fond, dont les bords antérieur et postérieur sont relevés symétriquement, mais à une inégale hauteur.

Le bord postérieur s'élève presque verticalement et se place dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Le bord antérieur se recourbe comme une anse et se place derrière la symphyse pubienne.

Le col de l'utérus après avoir été redressé vient se placer dans la

cuvette de ce pessaire, qui le maintient dans sa direction normale (presque à angle droit avec le vagin).

Le second modèle ou pessaire double, sert pour les cas spéciaux, si l'utérus est très-dévié, si le vagin est très-élargi, ou dans d'autres conditions s'opposant à l'emploi du pessaire simple.



Il consiste en un pessaire simple auquel une anse est articulée sur les deux côtés, et dans laquelle il tourne librement.

Quand il est bien appliqué, la grande extrémité de l'anse prend position derrière le pubis, pendant que le pessaire lui-même s'incline en arrière et en haut. En accrochant avec le doigt le bec du pessaire et en le tirant en bas, une rétroversion de l'utérus peut facilement être changée en antéversion.

Le degré d'élévation et d'inclinaison est déterminé par la longueur de l'anse et par son point d'attache au pessaire.

Si l'articulation est placée en avant, c'est-à-dire du côté du bec du pessaire, une antéversion sera changée en rétroversion ; si l'articulation est placée du côté opposé, l'effet contraire se produit.

Il est alors évident que, l'articulation bien placée suivant la déviation, l'utérus dévié en avant ou en arrière doit être redressé.

Physiologie du cœur chez l'embryon. — M. le Dr Laborde donne lecture d'un mémoire *sur quelques points de physiologie chez l'embryon, et en particulier sur la physiologie du cœur au moment de sa formation.*

Voici comment l'auteur résume ses recherches :

1° Le cœur de l'embryon se met en mouvement et entre en fonction, à peine formé et alors qu'il n'est encore constitué que par un simple tube renflé.

Dès la vingt-sixième heure d'incubation (et peut-être plus tôt) on peut saisir la pulsation du tube cardiaque.

Seul, parmi les organes en formation, le cœur fonctionne en même temps qu'il se développe.

A cette période, les éléments protoplasmiques constitutifs du cœur sont absolument indistincts, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas encore revêtu les caractères d'éléments musculaires, ni d'éléments nerveux.

Cependant la propriété *contractile* de ces éléments formateurs se révèle par la mise en jeu et la manifestation, dès ce moment, de cette propriété physiologique : ce qui est une preuve nouvelle et topique de l'*anatomie fonctionnelle* de la propriété de contractilité.

2° La pulsation cardiaque, dès son début, commence par la *portion veineuse* du cœur; c'est, en conséquence, par la partie qui sera plus tard l'oreillette que commence la pulsation cardiaque; c'est également celle qui cesse de battre la dernière, dans la mort du cœur (Bichat).

L'*ultimum moriens* est donc en même temps le *primum se movens*.

3° Dans ses transformations morphologiques successives, de même que dans son fonctionnement intrinsèque, le cœur de l'embryon, futur animal à sang chaud, représente le cœur d'un animal à sang froid, — cœur de poisson d'abord, cœur de batracien ensuite.

La pulsation, comme dans le cœur de ces animaux, s'y fait de la portion veineuse à la portion ventriculaire et artérielle, par une succession rhythmique invariable, représentée par une mesure à trois temps.

4° L'observation de ce qui se passe, au point de vue fonctionnel, chez le cœur embryonnaire, à cette période transitoire, fournit une démonstration nouvelle de ce fait physiologique : que la succession des mouvements, qui constitue une révolution cardiaque, commence par la portion veineuse et auriculaire, pour se continuer et finir à la portion ventriculaire et artérielle.

Évolution spontanée du fœtus. — M. Tarnier présente à l'Académie, de la part du Dr Chiara, professeur d'accouchements à Milan, un magnifique atlas représentant l'*évolution spontanée* du fœtus dans la présentation de l'épaule. Cet atlas a été fait sur des coupes de cadavres congelés.

La congélation appliquée à l'étude de l'anatomie a été employée pour la première fois, par Serres, par Paul Giraldès, Jarjavay, Pirogoff et par le Dr Legendre, prosecteur des amphithéâtres de Cla-

mart, qui a publié un atlas que connaissent tous les membres de l'Académie.

En obstétrique, la congélation pour l'étude des modifications de l'utérus, du fœtus et des viscères abdominaux pendant la grossesse et l'accouchement, a été employée par Braun, Budin, Ribemont, et M. Tarnier a eu lui-même l'occasion de faire, il y a quelques mois, des recherches analogues sur une femme morte en accouchant. La méthode des coupes de cadavres après congélation peut rendre de grands services en obstétrique, et le magnifique atlas du professeur Chiara est une preuve de ce que l'on peut obtenir en suivant cette voie, car la nature est prise sur le fait et les figures sont d'une exactitude parfaite. A. Lutaud.

(*Séances des* 12, 19 *et* 26 *novembre et du* 3 *décembre* 1878.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Poulet (de Lyon), présente un instrument appelé le *Tocographe*, instrument donnant graphiquement le travail des muscles abdominaux, séparé du travail du muscle utérin, pendant l'accouchement.

L'examen de cet appareil est renvoyé à une commission composée de MM. Guéniot, Lucas-Championnière et Polaillon (*séance du* 17 *juillet* 1878.)

M. Th. Anger donne lecture de l'observation suivante :

Tumeur spongieuse enkystée de l'aine avec grand kyste de la grande lèvre. — Ablation. — Guérison. — Madame F..., âgée de 46 ans, me fut adressée, le 26 novembre 1877, par un de mes amis de province Depuis deux ans elle voyait que la grande lèvre du côté droit grossissait peu à peu, et lui faisait éprouver des douleurs de plus en plus vives, au point de troubler son sommeil ; à la façon dont elle dépeint ses souffrances, à sa constitution sèche, il est facile de juger tout d'abord que c'est une femme nerveuse, irritable, et un peu exagérée.

La grande lèvre du côté droit est distendue par une tumeur pyriforme, résistante, transparente et franchement fluctuante. La peau qui la recouvre est saine, mais fortement distendue, au point de laisser voir par transparence la teinte verdâtre du liquide contenu. La

tumeur occupe non-seulement toute l'étendue de la grande lèvre, mais elle remonte supérieurement jusqu'à l'anneau inguinal externe; elle est divisée en deux parties : l'une inférieure, de la grosseur du poing, plus molle et fluctuante; l'autre supérieure, dure, résistante, et manifestement adhérente à l'épine du pubis. Ces deux parties sont séparées l'une de l'autre par un étranglement bien accusé, et insuffisant pour laisser soupçonner l'indépendance de ces deux parties.

La malade se rappelle parfaitement qu'il y a quinze ans, en 1863, elle heurta violemment le dos d'une chaise, qu'elle ressentit une violente douleur dans l'aine, juste au niveau de l'épine du pubis, et qu'à l'endroit frappé parut peu après une petite dureté du volume d'une noisette, qui devint le siége de douleurs assez vives, et resta surtout très-sensible à la pression. Le Dr Brière, qui fut consulté à cette époque, constata que cette petite grosseur, quoique implantée au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, n'était réductible, ni spontanément dans le décubitus dorsal, ni par le taxis; aucun bandage ne fut conseillé ni porté. Pendant de longues années, la tumeur resta stationnaire, mais toujours très-douloureuse et excessivement sensible à la pression.

Il y a deux ans et demi elle se mit à grossir rapidement, devint le siége de douleurs vives, et vraiment intolérables au dire de la malade.

La marche de cette tumeur, sa forme, son siége, sa transparence, la fluctuation; etc., tous ces signes semblaient devoir se rapporter à une hydrocèle enkystée dans un ancien sac herniaire, avec une masse épiploïque indurée au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Tel fut, en effet, mon diagnostic, et séance tenante je fis une ponction vers la partie inférieure la plus saillante, et évacuai 200 grammes environ d'un liquide clair et séreux comme celui de l'hydrocèle.

Le 6 décembre la malade revint me voir. La tumeur n'avait pas tardé à se reproduire, et la distension de la poche était telle que je crus devoir pratiquer une deuxième ponction qui donna cette fois issue à un liquide sanguinolent.

Après chacune de ces deux ponctions, il me fut facile de constater qu'il existait au sommet de la grande lèvre, et au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, une tumeur dure et solide, assez peu mobile et adhérente à l'épine du pubis. Cette tumeur marronnée ne

paraissait envoyer aucun prolongement dans le canal inguinal, et elle était complétement irréductible.

Mon premier diagnostic de vieille hernie épiploïque enkystée avec hydropisie du sac herniaire me parut dès lors moins assuré, et comme la tumeur était, au dire de la malade, très-douloureuse, je crus devoir en proposer l'ablation.

La malade s'y décidait avec peine, et le 7 mars elle me pria de tenter une troisième ponction qui donna issue à 260 grammes d'un liquide légèrement opalescent. Après l'évacuation je pus constater que la partie dure et solide de la tumeur avait notablement augmenté de volume, et j'insistai pour faire une ablation complète.

L'opération fut exécutée le 18 mai 1878, avec l'aide de mon confrère M. Leroy et deux de mes élèves.

La malade étant endormie, je fis une incision de la peau allant du canal inguinal à la partie inférieure de la grande lèvre. La peau était tellement amincie au niveau du kyste que je ne pus suffisamment ménager l'enveloppe du kyste pour empêcher l'écoulement du liquide.

Je disséquai la partie supérieure de la tumeur, qui avait des adhérences internes avec les piliers de l'anneau inguinal, et la détachai de haut en bas.

La tumeur complétement extirpée, j'examinai attentivement l'orifice et le trajet inguinal, et je m'assurai qu'il n'existait aucun prolongement de la tumeur dans le canal inguinal. Le seul point d'adhérence intime de la tumeur se trouvait au niveau du pilier interne de l'orifice inguinal, juste à son insertion au pubis. Là les fibres tendineuses étaient à nu et disséquées comme pour une préparation anatomique. Aucun prolongement ne remontait dans le canal.

L'énucléation terminée, je réunis les bords de cette longue incision par huit points de suture entortillée ; la partie la plus déclive de la grande lèvre fut seule restée béante pour donner passage à deux drains qui devaient permettre l'écoulement des liquides exhalés et prévenir toute rétention. Les épingles furent toutes enlevées les 2e et 3e jours. Aucune complication ne vint entraver la guérison qui était complète le 15e jour.

L'examen de la tumeur montre qu'elle est formée de deux parties séparées l'une de l'autre par un léger étranglement : l'inférieure, qui correspondait à la grande lèvre, est constituée par un kyste du volume d'une poire, contenant un liquide citrin, clair, non filant, tout à fait analogue à celui de l'hydrocèle. La paroi est épaisse, rouge, et son

aspect la rapproche plus des muqueuses que des séreuses. Une coupe mince de cette paroi montre qu'elle est formée antérieurement d'une couche épaisse de tissu fibreux, et intérieurement tapissée d'une couche de cellules pavimenteuses. A son extrémité supérieure, cette poche kystique se termine par une dépression infundibuliforme qui s'enfonce au-dessous de l'autre partie de la tumeur et qui lui est tout à fait contiguë.

Cette seconde tumeur a une texture beaucoup plus compliquée que pour ma part je n'ai jamais vue, et dont j'ai vainement cherché des exemples analogues dans les auteurs. Aussi mérite-t-elle une description minutieuse. Je ne saurais en donner une meilleure idée générale qu'en comparant la texture à celle d'une petite éponge pédiculée et contenue dans un sac qui l'entourait de tous côtés excepté au niveau de son pédicule.

Lorsque j'ai ouvert ce sac, il s'est échappé environ deux cuillerées d'un liquide verdâtre, opaque, comme on en trouve dans les anciens épanchements sanguins. Ce liquide se trouvait interposé entre la poche kystique antérieure, et le champignon spongieux dont j'ai parlé, et qui constitue la partie originale et principale de cette tumeur. Il était trop tard lorsque j'ai voulu recueillir ce liquide ; mais la poche kystique a été examinée ; elle se compose de tissu fibreux tapissé intérieurement d'épithélium.

Le champignon spongieux qui s'est développé à l'intérieur de ce sac présente une texture des plus intéressantes. Au niveau de son pédicule, c'est un tissu fibreux, dur, résistant, au milieu duquel on aperçoit çà et là à l'œil nu quelques rares lacunes remplies de sérosité citrine et transparente.

A mesure que ce pédicule s'élève, on voit ses faisceaux se dissocier, puis se rejoindre et s'entre-croiser en formant des trabécules de plus en plus fines, dont les mailles sont remplies de sérosité citrine et transparente. Cette disposition aréolaire et caverneuse est tout à fait comparable à celle d'une éponge.

Aussi à peine avais-je fendu la tumeur par moitié, que tout le liquide contenu dans les aréoles s'est écoulé, et la tumeur, qui était dure et résistante jusque-là, s'est affaissée entre les doigts. Ce fait prouve qu'il ne s'agit point d'une tumeur kystique ordinaire ; car en supposant que la coupe médiane eût ouvert un certain nombre de kystes, dont le contenu se serait échappé, la plupart des autres seraient restés pleins. Or, je le répète, à peine la section médiane était-

elle commencée, qu'un flot de liquide s'est échappé brusquement, en même temps que la tumeur diminuait des deux tiers, à mon grand étonnement, et de dure et résistante comme un fibrome, devenait instantanément molle et dépressible comme une éponge.

Immédiatement après la section, la disposition aérolaire des trabécules était des plus évidentes ; depuis lors, par suite de son séjour prolongé dans l'alcool, les trabécules se sont encore rétractées ; mais analysez ce retrait, vous pourrez constater nettement la disposition aréolaire de cette tumeur, surtout sur les deux coupes que je vais vous présenter.

Si maintenant, le microscope à la main, nous pénétrons dans la structure interne de ce tissu caverneux, voici ce que nous constatons.

Le pédicule de la tumeur, qui déjà à l'œil nu présente l'aspect du tissu fibreux, est constitué presque uniquement de faisceaux de fibres parallèles. Çà et là, entre les faisceaux, on observe des amas de cellules polyédriques à gros noyaux.

Quelques grandes lacunes existent déjà dans cette partie de la tumeur, mais les faisceaux de fibres qui limitent ces excavations sont toujours tapissés par une seule couche d'épithélium pavimenteux.

A la périphérie de la tumeur, où la disposition est tout à fait aréolaire, on constate que les trabécules sont encore constituées par des fibres réunies en faisceaux dans les trabécules les plus épaisses, réduites à quelques fibres seulement dans les trabécules les plus minces. Qu'ils soient minces ou épais, les faisceaux sont toujours et constamment revêtus d'une seule couche d'épithélium pavimenteux, polyédrique et à gros noyau rond.

Ainsi, en résumé, la tumeur que je vous présente date de quinze ans. Elle aurait pour point de départ un coup reçu dans la région de l'aine. Pendant de longues années, son volume est resté stationnaire et réduit à la grosseur de deux pois accolés et très-durs. Mais depuis deux ans la tumeur a augmenté constamment de volume et elle est devenue le siége de douleurs vives, presque intolérables au dire de la malade. L'examen de la tumeur montre qu'elle est composée : 1° d'un grand kyste séreux qui a envahi de haut en bas toute la grande lèvre ; 2° d'un petit kyste hématique à l'intérieur duquel a poussé, comme un champignon, une tumeur qui, nettement fibreuse au niveau de son pédicule, devient aréolaire et caverneuse à sa périphérie. Les veines microscopiques démontrent que les aréoles sont formées

de faisceaux de tissu fibreux, revêtus d'un épithélium pavimenteux les cavités aréolaires étaient remplies d'une sérosité citrine qui s'est brusquement échappée au moment de l'incision de la tumeur.

C'est avec ces données, qu'il faut remonter à la pathogénie de cette tumeur: et ici s'ouvre le champ des hypothèses.

La première idée qu'avait éveillée l'examen de la tumeur,était celle d'une hydropisie d'un ancien sac herniaire avec hernie épiploïque indurée et irréductible. La texture de ce produit morbide ne répond pas à ce diagnostic. En effet, dans cette hypothèse, l'épiploon aurait dû se prolonger dans le trajet inguinal, ce qui n'était pas. En outre, on ne trouve dans la tumeur aucune trace de tissu adipeux, et il faudrait admettre non-seulement que la graisse a disparu , mais que l'épiploon hernié a subi une transformation aréolaire et caverneuse. Or, je ne sache pas qu'on ait jamais rien signalé de semblable dans les anciennes hernies.

On trouve dans cette région un autre organe, le ligament rond, et comme dépendance le canal de Nück. Peut-on les considérer comme le point de départ de cette tumeur? Je ne le pense pas. D'abord le ligament rond se termine dans le trajet inguinal ; il n'émerge pas de l'orifice externe. S'il eût donné naissance à ces tumeurs, celles-ci auraient remonté dans le canal, ce qui n'était pas.

Quant au canal de Nuck, son existence, comme l'a établi M. Duplay dans sa thèse sur *les collections liquides du pli de l'aine*, est problématique. Puis, si les vertiges de la séreuse péritonéale ont donné naissance à des kystes, ceux-ci étaient uniloculaires. Le tissu fibro-aréolaire dont je viens de donner la description s'éloigne trop des kystes simples pour autoriser cette interprétation, qui dans tous les cas resterait bien douteuse.

Dans toutes les hypothèses que je viens d'exposer, le principal argument en leur faveur est la présence de l'épithélium pavimenteux à la surface des tubercules. Mais je me hâte d'ajouter que, quoique se rapprochant beaucoup de l'épithélium pavimenteux, les cellules qui recouvrent les faisceaux fibreux n'ont pas la régularité de forme polyédrique des cellules qui revêtent la surface péritonéale.

Il ne faudrait donc pas attacher à cette expression d'épithélium pavimenteux une importance capitale, d'autant plus que l'on voit souvent des cellules petites et arrondies comme celles des ganglions lymphatiques, prendre sous certaines influences pathologiques, les formes pavimenteuses que l'on constate dans la tumeur en question.

Ce rapprochement me conduit naturellement à examiner l'hypothèse d'une tumeur kystique ganglionnaire.

De nombreux ganglions lympathiques existent dans la région de l'aine. Il serait possible qu'un de ces ganglions eût été écrasé par le coup violent que s'est donné cette femme, et qu'il fût le point de départ réel de la pièce que nous examinons. Je dois dire de suite que cette opinion est celle de M. Robin, auquel j'ai montré la pièce et ses préparations microscopiques. Ce savant maître pense que sous l'influence d'une contusion, l'un des ganglions inguinaux s'est enkysté, puisque le tissu est devenu fibreux, en même temps que l'épithélium nucléaire s'est peu à peu transformé en épithélium pavimenteux. La transformation fibreuse de la trame du ganglion d'une part, de l'autre, la transformation pavimenteuse des éléments nucléaires auraient donné naissance à ce tissu aréolaire dont chaque trabécule est revêtue d'une seule couche d'épithélium.

M. Robin, d'ailleurs, aurait déjà observé une tumeur analogue, enlevée par Nélaton, sur un charretier qui aurait longtemps auparavant reçu un violent coup au niveau de la région cervicale. La tumeur lui avait été apportée par M. Lorain, mais l'observation n'en aurait pas été publiée.

M. Cornil, mon collègue de l'hôpital Lourcine, dont j'ai également pris l'avis, a émis une autre supposition. Quoi qu'il n'ait jamais observé de tumeur semblable, il pense que c'est une tumeur fibreuse, dont les faisceaux écartés et dissociés par l'hypergénèse des cellules plasmatiques, ont formé les aréoles de la tumeur. Les travées ainsi isolées se seraient recouvertes d'une seule couche d'épithélium pavimenteux, lequel se serait chargé de sécréter la sérosité citrine répandue dans les interstices des travées. Malgré toute l'estime que j'ai pour la compétence de M. Cornil, en ces matières, j'avoue que sa supposition ne me paraît pas vraisemblable. Mieux vaut s'en tenir aux faits nettement constatés, et attendre que de nouvelles observations permettent d'élucider ce point de pathogénie. Or, le fait évident qui se dégage de l'examen de cette tumeur, c'est l'existence au niveau de l'aine de collections liquides contenant à leur intérieur une sorte de tissu spongieux dont les travées sont formées de faisceaux fibreux couverts d'épithélium pavimenteux; les interstices de ces travées étant remplies d'une sérosité citrine qui les distend au point de faire prendre la tumeur pour une tumeur dure et solide.

Céphalotribe. — M. Tarnier. J'ai présenté à la Société, il y quelques mois, un nouveau céphalotribe dont les branches portent des petites fenêtres et des barres permettant l'écrasement de la tête. Grâce à cette modification, il est impossible d'adresser à ce céphalotribe le reproche qui a été fait à tous les céphalotribes, c'est de ne pas bien tenir la tête et de lâcher la prise. De plus, j'ai fait subir à cet instrument une courbe périnéale, qui permet de pratiquer des tractions dans le sens du détroit supérieur.

Si je présente de nouveau ce céphalotribe, c'est que j'ai apporté une nouvelle modification, qui corrige un des défauts du céphalotribe ordinaire. Pour rapprocher les deux branches, on emploie ce que l'on nomme la vis de M. Blot, mais cette vis est difficile à accrocher. J'ai modifié ce côté défectueux en plaçant sur une des branches du céphalotribe un bouton et sur l'autre une fourche. La branche qui doit réunir les deux branches, présente une ouverture analogue à celle d'un petit instrument appelé patience, le bouton entre dans la partie évasée, puis glisse dans la portion étroite ; l'extrémité de la tige s'applique presque seule dans la fourche et l'on peut alors pratiquer des tractions très-énergiques sur cette tige transversale.

Discussion. — M. Polaillon. Je crois que le céphalotribe de M. Tarnier tombe dans le défaut opposé à celui des autres céphalotribes. Je crains qu'il ne soit très-difficile, à cause des barres transversales de faire lâcher prise à l'instrument, et de ne pas pouvoir alors reporter les branches pour saisir la tête dans une autre direction.

Je crois que l'on pourrait supprimer avec avantages les barres transversales qui sont à la face interne des branches.

M. Tarnier. Je crois que ce céphalotribe est tout à fait à l'abri du reproche que l'on a adressé aux autres instruments de ce genre ; quant au danger que signale M. Polaillon je ne l'ai pas encore rencontré et, si je le constatais, je m'empresserais d'apporter une modification.

Calculs de la vessie chez la femme, ayant pour point de départ l'introduction d'épingles à cheveux. — M. Pamard, d'Avignon. J'ai eu l'occasion de rencontrer quatre fois des calculs vésicaux chez la femme ; ces calculs avaient tous pour origine l'introduction d'une épingle à cheveux.

Pour extraire ces calculs, j'ai eu recours à la taille latéralisée et

je désire appeler l'attention sur le résultat heureux de ces opérations, puisqu'il n'y a pas eu d'incontinence d'urine.

La première de mes opérées s'est mariée et je sais qu'il n'y a pas eu d'incontinence ; la seconde est une fille entretenue de Marseille, qui ne doit pas avoir eu d'incontinence pour pouvoir exercer cette profession.

Ces deux opérations n'ont rien présenté de particulier ; j'ai pu, après avoir brisé le calcul, faire basculer l'épingle et l'extraire facilement. Les deux autres sont plus intéressantes. Dans l'une, il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans qui s'était servie d'une épingle d'une très-grande flexibilité.

En introduisant mon doigt dans le vagin pour me faciliter le mouvement de bascule, je sentis qu'une des pointes de l'épingle avait perforé la cloison vésico-vaginale ; je pus, avec une pince, saisir la pointe, et la traction que je fis pour attirer l'épingle, suffit pour briser le calcul. Pénétrant alors dans la vessie par le canal de l'urèthre, je pus extraire un volumineux calcul dont vous pouvez juger par les fragments contenus dans cette boîte.

La quatrième observation a présenté quelques particularités curieuses.

Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, d'une famille très-honorable.

L'introduction de l'épingle remontait à quatre ans ; son médecin avait déjà fait plusieurs tentatives d'extraction lorsque je fus appelé.

En introduisant mon doigt dans le vagin, je reconnus que la cloison vésico-vaginale était perforée et qu'une partie du calcul, ainsi que les deux pointes de l'épingle, se trouvaient dans le vagin. Il est probable que le calcul s'était logé dans une poche surnuméraire et que la perforation s'était produite sous l'influence de l'inflammation produite par la pression du calcul et par la présence de l'urine dans cette poche.

Si j'avais pu me douter de cette disposition, je me serais muni d'instruments nécessaires pour pratiquer la suture, immédiatement après l'enlèvement du calcul, mais il ne m'avait pas été donné de pouvoir examiner la malade. Je fus donc obligé de remettre cette opération à une autre époque.

Je la pratiquai, en effet, deux mois plus tard ; mais, malgré toutes les précautions que je pris, le résultat fut nul, je n'obtins pas de réunion. Je crois pouvoir rapporter cet insuccès à une déplorable

habitude de la malade, qui ne craignait pas de se livrer à la masturbation avec la sonde que j'avais placée.

Ce qui me permet d'expliquer ainsi ce mauvais résultat, c'est ce qui se passa à la seconde opération que je pratiquai un an après. La malade fut prise, après l'opération, de douleurs dans le ventre, et il y eut une menace de péritonite qui dura trois jours. Pendant ces trois jours la jeune fille fut dans l'impossibilité de se livrer à la masturbation ; le quatrième jour, les souffrances ayant disparu, elle reprit sa déplorable habitude, et les urines commencèrent à couler par le vagin.

Une petite fistulette persiste encore et j'espère pouvoir la guérir avec des cautérisations. (*Séances des* 10, 17 *juillet et* 2 *octobre* 1878, *Bul. de la Soc. de chirurgie.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Le Dr Herman présente un enfant qui avait subi une **fracture du crâne du côté droit, en arrière de l'os frontal**, au niveau d'une tumeur dans laquelle on sentait des pulsations. On avait achevé l'accouchement avec le forceps, et cet instrument avait été la cause de la fracture.

Le Dr Hayes dit que la pulsation était synchronique avec celle du pouls dans le bras, ce qui prouvait que ce n'était pas la pulsation du cerveau. Ce médecin relata un cas où l'œil droit d'un enfant avait été déplacé par l'application du forceps, et l'organe pendait sur la figure de l'enfant. Heureusement, l'enfant était mort-né.

Le Dr Williams fit remarquer qu'un cas avait paru dernièrement dans un journal français, où l'enfant avait subi une fracture du crâne à la suite d'une application de forceps. Il a trouvé encore un cas dans le *Lancet*, dans lequel un os du crâne avait été fracturé par les forces naturelles du travail, sans qu'aucun instrument ait servi à l'extraction.

Le Dr Herman lit un travail sur le **Traitement de la grossesse compliquée de cancer des voies génitales**. Il mentionne deux cas qu'il a eus dans sa pratique. Dans l'un, le travail fut arrêté par une tumeur cancéreuse du rectum; la malade fut délivrée par la céphalotripsie

et mourut d'une péritonite. Dans l'autre, le col utérin était fixé par l'excroissance cancéreuse; on a vidé l'utérus à la fin du cinquième mois. La malade a survécu pendant sept mois. Le Dr Herman donne alors une analyse de 180 cas qu'il a réunis et classés. Les observations lui ont permis de conclure : 1° que le cancer empêche le plus souvent la conception; 2° que le cancer de l'utérus favorise la mort du fœtus et son expulsion prématurée; 3° que le développement du cancer est accéléré par la grossesse; 4° qu'avec un cancer qui occupe toute la circonférence de l'orifice du col, le travail peut être facile et rapide, et que la malade peut survivre pour quelques mois; 5° que quand l'accouchement se fait sous de semblables conditions, sans l'assistance du médecin, l'élargissement du col se fait par des fissures; 6° que ces fissures ne causent pas de douleurs à la mère; 7° qu'en favorisant cette dilatation par des incisions, l'on n'augmentait pas le danger de l'accouchement, et l'on n'accélérait pas la marche de la maladie après la délivrance, mais qu'on facilitait assez souvent le travail; 8° que dans les cas où le cancer présentait des tumeurs grosses et dures, l'accouchement par les efforts naturels était impossible; 9° que dans les cas où ces conditions se présentent, il n'y a pas, dans les conditions locales, de critérium qui permette de prédire comment se comportera le col pendant le travail; 10° quand il est impossible de délivrer l'enfant par les voies naturelles, l'expérience démontre que la section césarienne est aussi favorable pour la mère que la céphalotripsie; 11° que pendant la grossesse ou pendant le travail, on peut enlever sans danger une partie du col. Les huit dernières conclusions s'appuient sur des cas publiés. L'auteur vint alors à considérer la pratique que l'on devait suivre selon ces cas. Il croit que la vie de la mère étant la première chose à considérer, il y a lieu de recourir à l'avortement provoqué. Les règles suivantes lui paraissent devoir être posées :

1° Lorsque l'on peut enlever toute la lésion, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, on doit le faire; 2° dans les cas où l'on ne peut enlever tout le tissu dégénéré, on a le droit de faire cesser la grossesse aussitôt que possible; 3° quand le travail est commencé, la dilatation du col doit être favorisée par des incisions pratiquées sur sa circonférence; 4° dans les cas où la dilatation du col est effectuée et en même temps l'action utérine faible, on doit favoriser le travail plutôt par le forceps que par la version; 5° lorsqu'on ne peut dilater le cervix, même avec des incisions, ou à cause de la

rigidité du tissu ou du volume de la tumeur, on doit recourir à la section césarienne.

Le Président, considérant les conclusions du Dr Herman comme bonnes et pratiques, est de l'avis de l'auteur, en ce qui concerne l'avortement, les incisions et l'application du forceps au lieu de la version.

Le Dr Matthews Duncan fait remarquer la fréquence des avortons dans le cancer et admet qu'une anémie ou une cachexie quelconque peuvent causer la mort du fœtus. Quant au forceps et à la version, il y a de la place pour tous les deux. Comme la vie de la mère est incessamment compromise dans le cancer, il croit que l'on doit se préoccuper plutôt de sauver celle du fœtus. Lui-même a été sollicité par une mère de sauver l'enfant.

Le Dr Gervis applique du perchlorure de fer sur les incisions, afin d'éviter les hémorrhagies, et d'empêcher la septicémie. Il croit aussi aux bons résultats des dilatateurs hydrostatiques du Dr Barnes, pour faciliter la dilatation du col.

Le Dr Heywood Smith cite un cas où une bague, pour ainsi dire, du cancer avait été séparée pendant le travail. La mère a guéri. Avec la méthode antiseptique de Lister, la section césarienne ne doit pas être fatale.

Le Dr Braxton Hicks n'emploie pas les incisions. Il préfère les dilatateurs de Barnes en même temps qu'il donne du chloroforme. Les dilatateurs ne produisent pas de lésions du côté des parties molles de la femme.

Le Dr Edis dit que lorsqu'il existe un cancer, il ne tuait pas toujours l'enfant. Il a vu un cas où il y avait dégénérescence cancéreuse considérable du col, où l'enfant naquit spontanément vivant et sain, et à terme, quoique la mère mourût de pyémie.

Le Dr Galabin relate un cas où il a dilaté avec les dilatateurs et délivré la femme d'un enfant vivant par la version. Dans ce cas, les incisions auraient été bien dangereuses.

Le Dr Herman ne connaît que quatre cas de dilatation avec les dilatateurs. Il pense qu'avec ces appareils, la dilatation ne se fait qu'en déchirant le tissu. (*Séance du 2 octobre* 1878.)

Francourt Barnes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'occlusion de l'utérus et de l'hystérotomie vaginale; par le Dr Louis Piron. Liége, 1878, de 100 pages, grand in-8. — Ce travail est divisé en deux chapitres d'inégale étendue : le premier, qui est le plus court, est consacré à l'atrésie congéniale, le second à l'atrésie accidentelle envisagée, soit à l'état de vacuité, soit à l'état de gravidité. C'est là, on le voit, un cadre intéressant mais difficile à remplir et surtout comportant plus de recherches bibliographiques que n'en pouvait faire un médecin exerçant dans un bourg; aussi tout en lui tenant compte de ses efforts, on a le regret de dire qu'il a incomplétement exposé l'état de la science sur ces deux points. En veut-on la preuve? il invoque tout au plus une quarantaine de cas, alors qu'il existe dans la littérature médicale plus de deux cents observations se rapportant au sujet traité.

Malgré ces lacunes involontaires, on n'en doit pas moins savoir gré à l'auteur d'avoir écrit son travail. S'il renferme de trop nombreux emprunts aux mémoires de Depaul, de Mattei, et au Traité de Fletwood Churchill, etc., etc., il se recommande par deux observations originales dont la lecture est instructive.

La première a trait à une fille de 15 ans 1/2, qui par le fait d'une imperforation de l'hymen eut l'utérus et les trompes distendues par le sang. La mort survint à la suite d'une ponction capillaire, et bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, on est en droit d'attribuer ce dénouement à l'inflammation provoquée par la chute du sang dans la cavité pelvienne.

La seconde qui a été le point de départ du mémoire concerne une emme de 32 ans qui, à la suite d'un accouchement par le forceps, eut une métrite granuleuse. C'est pendant le cours du traitement et, en particulier, de cautérisations au nitrate d'argent, que survint une seconde grossesse, et c'est après le sixième mois que dut se produire l'oblitération du méat. Après quatre heures de travail, on applique le spéculum et à l'aide d'un bistouri droit on incise l'utérus à l'endroit du col en allant de gauche à droite. Ces incisions n'amènent que peu

de sang, mais comme elles ne suffisent pas, elles sont répétées une heure après. L'index pénètre alors dans un cul-de-sac au fond duquel est une membrane qui sépare la tête fœtale de l'ouverture pratiquée. Après huit heures d'attente on crève la membrane et extrait la tête à l'aide du forceps. Les suites de couches ont été excellentes, et quoique l'ouverture ait été laissée à elle-même, l'atrésie ne s'est point reproduite.

Ce fait très-bien raconté porte avec lui son enseignement; il est, comme celui de M. Chambaud, une preuve que les cautérisations du col pendant la grossesse ne sauraient être trop surveillées.

A. Puech.

Des tumeurs kystiques de la mamelle, par le Dr L.-G. Richelot. (*Thèse d'agrégation.*) — L'histoire des kystes du sein est encore si obscure, ou plutôt si controversée, qu'on ne saurait trop approuver le jury du concours d'agrégation, d'avoir proposé cette question comme sujet de thèse. Et véritablement notre distingué confrère, le Dr L.-G. Richelot, a fait preuve de beaucoup de talent pour exposer avec netteté l'état de la science sur la matière, bien que son travail soit plutôt un résumé des opinions diverses, qu'une critique donnant lieu à des déterminations personnelles.

La nature du kyste a d'abord préoccupé l'auteur, qui, sans rejeter absolument les poches qui sont indépendantes et non glandulaires, s'est borné à leur consacrer quelques courtes pages. Il reconnaît l'influence que peut avoir l'activité fonctionnelle de la glande, spécialement chez la femme, surtout si elle a eu des enfants; mais il ne nie pas les causes traumatiques, et admet l'existence d'un kyste par rétention à la suite du rétrécissement ou de l'oblitération d'un conduit galactophore.

Nombreux sont les signes des tumeurs kystiques du sein, parce que les variétés de ces tumeurs sont elles-mêmes en grand nombre : kystes séreux et hématiques, galactocèle et kystes butyreux, kystes dermoïdes et kystes hydatiques nous passent successivement sous les yeux; ces deux derniers genres sont rares, et le trocart est la seule pierre de touche du diagnostic. Mais à côté de la tumeur kystique, on rencontre souvent des néoplasmes, bien que le kyste simple puisse néanmoins s'observer dans quelques cas. Le plus souvent, il faut

l'avouer, lorsqu'on examine un sein affecté d'un kyste, quelle qu'en soit du reste la nature, on découvre des parties molles et des parties franchement solides; il est rare que l'on assiste au début de l'affection, et quand on est appelé à en déterminer la marche et le pronostic, elle a souvent fourni une fort longue étape. Il peut arriver aussi qu'un traumatisme y développe une véritable activité, que la tumeur fasse saillie et repousse la peau, bien différente en cela du carcinôme qui envahit de proche en proche et tue avant d'avoir grandi, de même qu'il rétracte la peau du mamelon, effacée et retournée pour ainsi dire, dans les cas de kystes de la mamelle. Les écoulements séreux ou sanguins par le mamelon sembleraient indiquer, d'après M. Richelot, une tumeur relativement bénigne; au contraire, un kyste simple serait une tumeur dont les éléments glandulaires tendent à disparaître, et qui, dès lors, aurait perdu les caractères de la bénignité absolue, douée en ce cas d'une certaine malignité locale, elle pourrait en imposer et faire croire à un carcinôme.

Le traitement repose tout entier sur la précision du diagnostic; ponction dans le cas d'un kyste simple, et modification du sac par les injections iodées; ablation, s'il y a doute ou si l'on trouve une néoplasie derrière le sac kystique.

D[r] ÉDOUARD LABARRAQUE.

De l'accommodation en obstétrique, par le D[r] J.-C. MARTEL. (*Thèse d'agrégation.*) — C'est à notre distingué confrère le D[r] C. Martel, chef de clinique d'accouchements, qu'est échue la tâche, au dernier concours pour l'agrégation, de nous dire ce que l'on entend par l'accommodation en obstétrique, et nous devons d'emblée reconnaître qu'il a écrit sur la matière un véritable traité, résumant toutes les idées et les discussions auxquelles a donné lieu le sujet, et montrant l'accommodation sous ses divers aspects, chez la femme enceinte, chez celle qui accouche, et finalement dans les cas de dystocie, maternelle ou fœtale.

L'accommodation, mot relativement nouveau en obstétrique, est le rapport qui doit exister entre le contenant, matrice, et le contenu, fœtus; elle a été surtout étudiée dans ces derniers temps sous l'impulsion du professeur Pajot, et la thèse de M. Martel rapporte ce qu'ont écrit ou dit MM. Pajot, Pinard et autres sur l'accommodation

naturelle d'une part, et ensuite sur les règles qui doivent présider à l'intervention de l'art lorsqu'un obstacle quelconque réclame une accommodation artificielle.

L'auteur nous montre successivement l'utérus gravide qui s'accommode dans la cavité abdominale, dirigé en haut et un peu à droite, repoussé en haut par la masse intestinale, incliné le plus souvent à droite, parfois à gauche, à cause de la saillie de la colonne vertébrale en arrière, et de la pression de la voûte diaphragmatique sur les côtés ; puis, la forme du fœtus, d'abord indifférente dans les premiers mois de la grossesse, s'adaptant bientôt à celle de l'utérus, et la plus grosse extrémité du produit de la conception, le siége, se mettant en rapport avec le fond de l'organe, lequel se développe le premier, tandis que la tête vient se placer en contact avec le col : d'où découle immédiatement cette règle confirmée par les faits que les présentations du siége se rencontrent plus fréquemmont dans les accouchements prématurés qu'à terme : la tête du fœtus s'accommode aussi aux parois de l'excavation, tandis que les présentations de la face, du siége et du tronc sont irrégulières et résultent d'un défaut d'accommodation : les mêmes règles s'appliquent aux grossesses multiples.

M. Martel étudie ensuite les unes après les autres les directions, les dimensions du bassin de la mère et de la tête de l'enfant, de façon à nous montrer comment l'accommodation peut se faire dans les présentations du sommet, dans celles de la face, qui ne sont que des présentations du sommet défléchies, dans celles du siége, et enfin dans celles de l'épaule : il nous montre en action la force qui produit l'accommodation, la contraction utérine, aidée et soutenue par les parois abdominales plus ou moins relâchées, et les mouvements qu'exécute le fœtus pendant le travail pour s'accommoder aux divers passages qu'il doit franchir, au détroit supérieur d'abord, puis dans l'excavation, et enfin au détroit inférieur, la rotation qu'il doit subir pour accommoder aux diamètres du bassin maternel les plus grands diamètres de sa tête dans certains cas, ceux de son propre bassin dans d'autres, les lois qui régissent l'accommodation dans la terminaison naturelle et spontanée de la présentation du tronc, par évolution spontanée, ou par version céphalique spontanée. Il termine ce chapitre en disant que « sous l'influence d'une force à direction con-« stante, la loi d'accommodation du contenu au contenant régit, à

« terme, tous les mouvements du fœtus dans l'accouchement na-
« turel. »

Lorsque l'accouchement n'est pas naturel, et qu'il y a un obstacle qui provient de ce que le bassin est trop étroit, ou de ce que le fœtus est trop gros, l'accommodation ne se fait plus. Dans le premier cas, les présentations irrégulières sont les plus fréquentes; la tête glisse dans les fosses iliaques et une présentation transversale s'ensuit : ou bien, la tête ne s'adaptant pas au détroit supérieur déformé, il en résulte des procidences des membres et du cordon. Malgré tout, l'accommodation peut se faire sur des bassins viciés lorsqu'on la tente artificiellement, quand on connaît le début de la grossesse et l'étendue du rétrécissement : l'accouchement prématuré, entre la fin du septième et celle du neuvième mois, peut encore permettre une accommodation suffisante à la vie de la mère et à celle de l'enfant. Mais les présentations de la face, assez fréquentes, rendent l'accommodation difficile; le menton en effet éprouve les plus grandes difficultés pour revenir en avant. Au contraire, dans les présentations du siége, l'engagement se fait assez vite ; mais la tête est le grand obstacle. Les accoucheurs étrangers conseillent volontiers l'accouchement par le siége, c'est-à-dire la version, puis la décollation et le broiement de la tête. En France, on préfère appliquer le forceps et amoindrir l'extrémité céphalique, parce que l'on accommode mieux par le forceps que par la version. Dans des cas extrêmes où le céphalotribe lui-même ne saurait réussir, l'accommodation est impossible, et l'opération césarienne est la seule ressource. Si le fœtus se présente mal, par un membre, par exemple, et qu'on ne puisse réduire, ou bien si la tête est trop volumineuse, par le fait d'une hydrocéphalie, je suppose, on peut être amené à essayer d'accommoder par la suppression de l'obstacle, et l'on est admis alors à pratiquer la détruncation ou l'éviscération.

Dr EDOUARD LABARRAQUE.

Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien, par A. RIBÉMONT. — Nous venons de lire avec intérêt les considérations qu'a publiées notre confrère et ami Ribémont sur les avantages de son nouveau tube laryngien appliqué à l'insufflation des nouveau-nés. Il n'est personne qui ne

soit exposé, un jour ou l'autre, à rappeler à la vie un enfant né en état de mort apparente, et il est bon de retracer aux praticiens les préceptes et les désiderata de l'insufflation telle qu'on la pratiquait jusqu'ici. Au début, on a ranimé les enfants par l'insufflation de bouche à bouche, moyen répugnant et fatigant d'abord pour l'opérateur, moyen faible pour l'enfant, puisqu'on lui envoie un air qui a déjà traversé un appareil respiratoire, un air dont l'élément oxygène se trouve déjà sensiblement diminué. Puis, on a imaginé un nombre considérable d'appareils ou de tubes, plus ou moins oubliés à l'heure présente, où l'on ne se sert plus guère que du tube de Chaussier, ou de cet instrument modifié par M. le professeur Depaul : mais sa courbure ne répond pas toujours aux nécessités voulues ; son extrémité ouverte râcle souvent l'orifice laryngien, quand elle ne passe pas à côté ; le tube se maintient difficilement en place, tous obstacles que M. Ribémont passe successivement en revue, et auxquels il se propose de porter remède par le moyen de son nouvel insufflateur.

L'introduction d'un insufflateur est toujours chose délicate : les maîtres les plus autorisés eux-mêmes reconnaissent que souvent on croit avoir pénétré dans le larynx quand on a engagé son tube dans l'œsophage : la courbure exagérée du tube de Chaussier est pour quelque chose dans ce résultat, et M. Ribémont a fait construire un instrument composé d'une partie rectiligne et d'une portion recourbée, terminé par une extrémité mousse au-dessus de laquelle se voit l'orifice de sortie de l'air. L'instabilité très-grande du tube de Chaussier au moindre mouvement de l'enfant, instabilité due à sa courbure même, n'existe plus dans le nouvel appareil, qui s'applique exactement sur le trajet des voies bucco-laryngiennes de l'enfant nouveau-né. En ce qui concerne le reflux de l'air, lequel était fort considérable entre la paroi trachéale et le tube qui ne la remplissait pas, on y a pourvu en donnant à la portion laryngienne du tube, une forme ovoïde qui oblitère l'espace ainsi perdu autrefois avec le tube de Chaussier : c'est du reste un obstacle auquel on pouvait obvier en comprimant avec les doigts le conduit laryngé-trachéal contre les parois du tube introduit en place. Si l'appareil vient à quitter le larynx pour passer dans l'œsophage, on en est averti par un bruit de gargouillement particulier, qui fait bien vite corriger cette position vicieuse, tandis que l'on a vu nombre de fois les hommes les plus expérimentés envoyer des masses d'air considérables dans les voies intestinales avec le tube de Chaussier.

M. Ribémont a fait aussi d'intéressantes recherches sur la quantité normale d'air qui peut entrer dans les poumons d'un enfant nouveau-né, sans qu'on s'expose à produire par l'insufflation un emphysème traumatique. D'après les données auxquelles il est arrivé par des mensurations exactes sur le cadavre, il a fait construire une petite poire en caoutchouc qu'il adapte à son insufflateur, et qui lui sert à deux fins : à aspirer les mucosités qui obstruent parfois les voies aériennes, puis à injecter, en deux ou trois fois, la quantité d'air nécessaire pour permettre la respiration artificielle.

Le travail de M. Ribemont est très-bien fait: ses déductions anatomiques et physiologiques s'appuient sur des planches annexées à la fin de son mémoire, et qui montrent que l'auteur a fait de nombreuses expériences tant sur le cadavre que sur le vivant. Nous estimons que ses conclusions ne sont pas exagérées, et que les avantages mentionnés pour son insufflateur le rendent très-supérieur à toutes les canules et à tous les appareils employés jusqu'ici pour l'insufflation des nouveau-nés.

D[r] Edouard Labarraque.

The mechanical system of uterine pathology (Système mécanique de pathologie utérine), par M. le D[r] Graily Hewitt, professeur de gynécologie et d'obstétrique, à l'hôpital du collége de l'Université de Londres.

Ce livre est formé d'une série de lectures qui ont été faites à la session de 1877, de la Société Harvéinne de Londres. Les gravures ont été faites exprès pour ce travail et représentent l'utérus dans sa grandeur naturelle. Le travail est divisé en trois leçons.

Dans la première, l'auteur discute la mécanique de l'utérus, les variétés des flexions et la relation des symptômes utérins avec les changements pathologiques de cet organe. La seconde leçon contient un résumé de la relation des symptômes internes avec les changements physiques qui se présentent dans l'utérus. Dans la troisième, l'auteur compare ensemble les divers changements qui se produisent du côté de l'utérus. Il termine ce travail par l'exposé des principes qu'il adopte. Quant aux principes du traitement, l'auteur les divise en deux catégories, celle de la position (positional treatment), qui

consiste à faire coucher pendant des semaines la malade sur le dos; et celle de la mécanique (mechanical internal treatment), qui concerne l'emploi des pessaires.

Pour les flexions postérieures, le Dr Hewitt préfère le pessaire de Hodge ou une modification de ce pessaire. Dans les autres flexions il emploie son « cradle pessary » ou pessaire en berceau. Dans certains cas il trouve les pessaires intra-utérins d'une efficacité réelle, surtout celui qu'a fait construire le Dr Meadows. En même temps qu'il emploie ce traitement mécanique des flexions, l'auteur ne néglige pas les soins qui concernent la santé générale de la malade.

FANCOURT BARNES.

Étude sur le spina ventosa, par le Dr E. GOETZ (*Thèse de Paris*, 1878). — Le travail de M. le Dr Goetz a le mérite d'avoir rappelé l'attention sur une de ces maladies particulières, sur un de ces états complexes du système osseux qu'on ne trouve bien étudiés que çà et là, sans suite. Les auteurs classiques, en effet, négligent un peu trop de nous donner du spina ventosa des descriptions bien précises, et, pour avoir une idée nette de cette affection de la première enfance, on est souvent obligé de se reporter à des communications et des observations éparses dans les journaux scientifiques.

La thèse de M. Goetz est donc à la fois un mémoire critique et analytique de nombreux documents anciens, et aussi un travail original et personnel basé sur un certain nombre d'observations recueillies par l'auteur. Sans entrer avec lui dans les disputes sur l'étymologie du nom, épine enfoncée dans l'os, souffle malin distendant la cavité médullaire des os et cause du mal, ce qui indique bien l'incertitude où l'on était autrefois sur la véritable nature de la maladie, disons ici que le spina ventosa est cette affection propre aux enfants plus ou moins entachés de scrofule, et qui se manifeste presque exclusivement sur les os longs du pied et de la main, où elle se caractérise par une intumescence à marche lente et sans douleur, ne portant que sur la diaphyse des os. On trouve à l'autopsie une dégénérescence fongueuse primitive du tissu médullaire des os, tandis que l'os lui-même, atteint secondairement, présente les signes de l'ostéite raréfiante, plus tard, le périoste se prend consécutivement, et l'on observe de la périostite chronique. Le spina ventosa est donc une ostéomyé-

lite chronique ; il siége sur la diaphyse, ou, quand il se voit aux épiphyses et aux surfaces articulaires, c'est qu'il s'y est propagé. Maladie à marche lente, qui présente néanmoins deux phases : tuméfaction indolente sans altérations de la peau ; altération de la membrane cutanée avec issue des fongosités partie du centre du canal médullaire. Il va sans dire qu'on peut observer les diverses complications qui accompagnent les affections osseuses. Ainsi qu'il le faisait pressentir au début, M. Goetz a indiqué un diagnostic différentiel assez étendu, puisqu'il doit comprendre les engelures, les dactylites strumeuse et syphilitique, l'enchondrome des doigts, les exostoses, la carie et la tumeur blanche des articulations métacarpiennes et phalangiennes. Le plus souvent, le spina ventosa guérit avec l'âge; mais il ne faut pas oublier qu'à la suite de la nécrose de l'os ou de l'extension des altérations osseuses, l'état d'intégrité de la main ou du pied peut se trouver singulièrement compromis au point de vue du mouvement. La scrofulose est, pour ainsi dire, la cause unique du spina ventosa ; néanmoins l'alliance du tubercule et de la scrofule, et l'existence d'ascendants tuberculeux, scrofuleux ou syphilitiques doivent aussi entrer en ligne de compte, bien plus que les causes occasionnelles, lesquelles, jusqu'ici, ne sont pas connues. On devra, avant tout, essayer de modifier la constitution par les toniques et les reconstituants; c'est le traitement, général qui prévaudra sur toute ingérance chirurgicale : la conservation devra être tentée, et surtout chez les jeunes enfants où l'activité osseuse est si grande, la résection sous-périostée devra toujours précéder l'ablation totale de l'os malade.

Dr Edouard Labarraque.

Etude sur la force et la résistance dans le travail de l'accouchement, par le Dr Gomez Torres. — Le mémoire que le professeur de Grenade vient de publier est, sous son petit volume, un véritable traité d'accouchements; car il comprend, en raccourci, une analyse sommaire de la conduite à tenir pour rétablir l'équilibre, s'il vient à se rompre, entre la force qui préside à l'expulsion du fœtus et les résistances que celui-ci doit vaincre pour arriver à une vie indépendante de celle de sa mère.

C'est ainsi que, pour M. Gomez Torres, la force qui préside à l'ac-

couchement est due à la contraction musculaire, spontanée et indépendante de la volonté dans le muscle utérin, soumise au contraire à l'empire du sujet dans les muscles abdominaux. Et pourtant, il faut le dire, malgré ce caractère volontaire de la contraction, ne voyons-nous pas des femmes refuser de lutter contre les douleurs malgré les sollicitations les plus pressantes, n'en voyons-nous pas qui sont prises de troubles de l'intelligence ou d'hallucinations pendant les contractions, ou dans l'intervalle de ces douleurs? Si, au contraire, les contractions s'éloignent et cessent peu à peu pour faire place à de l'inertie utérine, ou si elles s'épuisent vainement à triompher d'un engagement irrégulier, dans un cas de déflexion de la tête, par exemple, on remédiera à cette déviation de la force en excitant le muscle utérin ou en déplaçant un peu avec les mains le corps de l'organe. De même les contractions anormales, par défaut d'intermittence, celles que l'auteur qualifie de tétanos utérin, devront appeler l'attention sur les moyens propres à retarder le travail, tous les éléments de la résistance ne se trouvant pas encore suffisamment levés pour que l'accouchement s'accomplisse dans des conditions normales.

Les éléments de la résistance sont de plusieurs ordres, selon qu'ils viennent du fœtus et de ses annexes ou des organes maternels, et l'on comprend que l'accouchement ne pourra s'exécuter que quand ils auront tous disparu, c'est-à-dire quand la force aura été supérieure à la résistance. Dans un cas, ils proviendront de la forme ou du volume exagéré de l'enfant, dans un autre, de sa position ou de sa présentation vicieuse; et à ce propos, M. Gomez Dorres, qui n'est pas partisan de l'évolution spontanée, entre dans l'historique de l'auscultation obstétricale et des signes qu'elle fournit pour le diagnostic des mauvaises présentations ou positions; il rappelle les travaux de Mayor, de Kergaradec, de Fodéré, de Capuron, de Dugés, du professeur Depaul; mais il n'admet pas, comme ce dernier, toute la certitude de ce moyen de diagnostic. Bientôt il passe à des éléments de résistance assez rares, l'épaisseur des membranes, la brièveté du cordon, l'enroulement de celui-ci autour du cou de l'enfant, et à chacun de ces obstacles, il oppose la conduite à tenir pour les corriger. — Les obstacles que rencontre la force d'expulsion du fait de la mère sont fort nombreux; la rigidité du col des primipares très-jeunes ou très-avancées en âge; l'excès d'amplitude du bassin qui, supprimant les conditions de résistance, donne lieu aux accouchements trop rapides,

et indique l'usage des calmants, des modérateurs, des contractions utérines; les rétrécissements cicatriciels de la vulve, les cloisonnements vaginaux, la résistance énergique d'un périnée inextensible, enfin les rétrécissements du bassin nécessiteront l'application du forceps pour augmenter la force d'expulsion ou pour amoindrir le volume du fœtus: la détruncation ou l'éviscération dans les cas de détroits osseux rétrécis outre mesure auront également leurs indications. Toutefois ces opérations graves ne seront applicables que quand on n'aura pu recourir ni à la version ordinaire, ni à la version par manœuvres externes, sur laquelle insiste M. Gomez Torres, qu'il appelle *vis à tergo*, et au sujet de laquelle il nous offre des données numériques assez précises peut-être, mais sur lesquelles nous demandons à être fixés par une expérience un peu prolongée.

Le dernier chapitre du consciencieux mémoire que nous essayons d'analyser a trait au seigle ergoté dont l'auteur avait déjà parlé à propos de l'inertie utérine. Pour dire le vrai, notre confrère espagnol n'est pas partisan de ce médicament, lequel, selon lui, est infidèle et dangereux. Il éveille, dit-il, une contraction permanente et de plus en plus énergique de la matrice, contraction tétanique, qui est capable de causer la mort du fœtus, par compression de celui-ci d'abord, ou en empêchant la circulation utéro-placentaire, ou enfin d'amener chez la mère la mortification des tissus comprimés. Nous avouerons, pour notre part, que nous ne faisons aucune difficulté de reconnaître que le seigle ergoté est un médicament dangereux entre des mains inexpérimentées ou coupables, et que nous avons vu avec un vif regret, il y a quelques années, l'Académie de médecine être d'avis qu'on pouvait accorder aux sages-femmes le droit de le prescrire et de le conserver en quantité. Néanmoins nous n'irons pas aussi loin que notre confère de Grenade, qui n'a jamais voulu s'en servir pendant le travail, et nous recommanderons de ne l'employer pendant l'accouchement que dans les cas d'inertie bien prononcée, et seulement si les conditions de résistance provenant du défaut de dilatation, de la rigidité du col et de l'étroitesse de la vulve ont été vaincues. — La lecture du travail de M. le professeur Gomez Torres nous fait vivement désirer de le voir augmenter en Espagne les connaissances de la pratique obstétricale, dont il est un des représentants les plus autorisés et les plus convaincus.

Dr Édouard Labarraque.

REVUE DES JOURNAUX.

Provocation de l'accouchement prématuré au moyen du chlorhydrate de pilocarpine, avec rapide et heureux succès pour la mère, à cause d'une étroitesse du bassin coïncidant avec une fistule vésico-vaginale, par KLEINWACHTER, *Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 280. — Massmann, de Saint-Pétersbourg (*Centralblatt f. Gyn.*, 1878, n° 9), a, le premier, introduit la pilocarpine dans la pratique de l'accouchement prématuré. Dans le premier cas, concernant une hydropique à la trente-troisième semaine de la grossesse, une injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine amena, au bout de dix-huit heures, la naissance d'un enfant vivant. Dans le second cas tout à fait analogue, le succès fut encore plus rapide, et sept heures après l'injection était expulsé l'enfant. Dans un troisième cas recueilli à la clinique du professeur Spaeth, de Vienne (*Wiener med. Wochenschrift*, 1878, n° 19), il fallut deux injections, et dix-huit heures de temps, mais circonstance à noter, l'accouchement prématuré avait été motivé par une étroitesse du bassin (75 à 80 millim.), et la femme était primipare et non multipare comme dans les deux premiers cas.

L'observation de Kleinwachter, qui est longuement relatée, a trait à une tripare, âgée de 31 ans. Lors du premier accouchement, qui fut très-pénible, il survint une fistule vésico-vaginale qui fut guérie par l'opération. Le second accouchement dura trois jours, et le forceps amena un enfant mort. La cicatrice résultant de l'opération resta intacte, mais il se forma une nouvelle fistule qui fut opérée sans succès.

Cette personne se trouvait à la trente-troisième semaine de la grossesse, avec un bassin étroit (77 à 80 millim.), lorsque le 29 mai, avec un pouls et une température tout à fait normaux, on fit une injection dans la cuisse droite (19 à 20 milligrammes de *pilocarpine*), au bout de quatre à cinq minutes, il survint de la turgescence à la peau, de la sueur au visage et un flux de salive auquel succéda bientôt après une sueur générale. Le vomissement noté par d'autres observateurs ne se fait point attendre. Concurremment, le thermomètre marque 37,8, et le pouls oscille de 96 à 100. Une heure et demie après l'injection, tous les phénomènes toxiques s'amoindrissent, mais c'est seulement une demi-heure plus tard, que la personne

accusa des contractions utérines. Les contractions étaient assez fortes mais elles cessèrent complètement au bout d'une heure.

A quatre heures et demie de l'après-dîner, l'injection fut répétée, mais cette fois les contractions apparurent une heure après et devinrent si intenses que la poche des eaux se rompit sous la pression de la tête du fœtus. A la suite de l'écoulement du liquide amniotique, le méat admettait deux doigts, mais les douleurs ne tardèrent pas à se calmer dans la première heure de la nuit. Pas de fièvre, état tout à fait normal.

Le 30 mai, à 6 heures du soir, on fit une troisième injection contenant de 13 à 14 milligrammes de pilocarpine. Après celle-ci comme après la seconde, il y eut des nausées, mais pas de vomissements. La sueur commença dix minutes après et les contractions se montrèrent aussitôt après la cessation de la sueur. A partir de ce moment, elles ne s'arrêtèrent plus et devinrent de plus en plus intenses. A deux heures du matin, le méat était plus largement ouvert qu'un florin et le bras droit était prolabé en même temps qu'une anse du cordon ombilical, néanmoins l'accouchement ne put être terminé qu'à dix heures du soir, par la version et l'extraction du fœtus. L'enfant, du sexe féminin, était mort et ne pesait que 1600 grammes.

Sauf une légère douleur dans la matrice du météorisme et autres symptômes indiquant une métrite, l'accouchée ne tarda pas à se rétablir. Elle se trouvait parfaitement bien au neuvième jour.

Tels sont les faits actuellement connus dans lesquels la pilocarpine a été mise à contribution pour provoquer l'accouchement prématuré, mais à mes yeux, ils ne sont pas suffisants pour permettre de se prononcer sur la valeur de ce moyen. En effet, les deux premiers recueillis par Massmann ne me paraissent pas avoir grande importance, en ce qu'il n'est pas rare de voir la maladie de Bright provoquer spontanément l'expulsion du fœtus. Les deux derniers dans lesquels existait une étroitesse du bassin, sont plus significatifs, mais pourtant il y a entre eux de telles différences qu'elles ne sauraient passer inaperçues. Ainsi, dans le cas publié par l'assistant de Spaeth, il suffit de deux injections et de dix-huit heures pour amener la naissance d'un enfant vivant, tandis que dans celui de Kleinwachter, il fallut trois injections et à peu près soixante heures pour être à même de terminer l'accouchement.

A raison de ces différences et en l'absence de toute expérience personnelle, on me permettra de réserver mon opinion sur la valeur

thérapeutique de ce nouveau moyen, mais cependant comme le chlorhydrate de pilocarpine n'est pas un médicament inoffensif, il convient de l'expérimenter avec de grandes précautions. On a vu, à la suite de son emploi, survenir des accidents tétaniques, des sueurs profuses, des spasmes de l'intestin et de l'estomac (1), c'est-à-dire un véritable empoisonnement, et partant, il est tout naturel que l'accoucheur qui recourt à son emploi, prenne toutes ses mesures pour prévenir ces accidents plus ou moins inquiétants. En attendant des observations plus nombreuses, c'est là le seul conseil qui puisse être donné à l'égard de cette nouveauté thérapeutique.

A. Puech.

Ovariotomie triple nécessitée par un ovaire surnuméraire, par F.-N. Winkler, médecin à Dresde (*Arch. f. Gynæk.*, 1878, t. XIII, p. 276. — Les ovaires surnuméraires sont une anomalie tellement rare que malgré mes recherches je puis tout au plus en citer quelques exemples. Dans ma monographie « *Des ovaires, de leurs anomalies*, Paris, 1873, » j'ai reproduit à la page 37, trois observations dans lesquelles l'un des ovaires était bilobé ou même complètement divisé en deux.

Depuis, de nouveaux faits ont été publiés dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXV, p. 499. Kœberlé dit avoir observé « du côté droit, un petit *ovaire surnuméraire* parfaitement caractérisé au point de vue histologique, situé à l'extrémité interne de l'ovaire principal dont il était nettement séparé. » Dans son ouvrage « *Die Krankheiten der ovarien*, Stuttgart, 1877, p. 12, » Olshausen en signale un autre cas. « Une femme de 36 ans qui avait « eu trois enfants, le dernier dix années auparavant, vint réclamer « mes soins pour une tumeur abdominale qui avait acquis le déve- « loppement d'un utérus au terme de la grossesse. J'extirpai ce kyste « multiloculaire qui adhérait à la paroi postérieure de l'utérus, à « deux centimètres en dedans du ligament ovarien, par un pédicule « résistant de l'épaisseur de un pouce. A l'autopsie, on trouva les

---

(1) Les Drs Duchesne et Courserant ont observé chacun un véritable empoisonnement à la suite d'une injection de pilocarpine (*France médicale*, 18 septembre 1878).

« deux ovaires à leur place, mais entourés de tissu cellulaire épais « et couenneux. Le pédicule du kyste extrait s'insère à l'endroit dé- « signé, sans que la forme et la structure de l'utérus soient en rien « altérées. Il n'avait, du reste, aucune connexion avec le ligament « large. Comme la tumeur avait la structure d'un kyste ovarique, que « son enveloppe extrêmement mince n'adhérait à l'utérus que par le « pédicule résistant, il est vraisemblable qu'un morceau de l'*ovaire* « *gauche* avait été détaché par une péritonite antérieure, dont les « traces étaient du reste suffisamment évidentes. » Qu'on joigne à cela une pièce présentée le 19 juin 1875 à la Société de biologie par M. de Sinéty, une pièce présentée il y a quelques jours au congrès de Cassel par Koks (de Bonn) et on connaîtra toute la littérature de ce singulier vice de conformation.

Dans la pièce recueillie par Koks, la dégénérescence cancéreuse de l'utérus avait motivé son ablation totale et fourni l'occasion de reconnaître l'anomalie de l'un des ovaires, dans le cas précédent c'est au contraire la dégénérescence kystique de l'ovaire surnuméraire qui a nécessité son ablation.

A raison du caractère insolite de cette dernière observation, on me pardonnera ce coup d'œil rétrospectif en même temps que les détails dans lesquels j'ai cru devoir entrer en traduisant ce document.

Observation. — Emilie Schmidt, 39 ans, accouchée normalement il y a sept ans, a remarqué depuis six ans environ l'existence d'une tumeur. Elle a eu dans l'intervalle plusieurs péritonites qui ont à maintes reprises fait craindre un dénouement fatal.

La tumeur est manifestement biloculaire : il y a un très-grand kyste dans l'abdomen et un plus petit remplissant tellement le petit bassin que, l'utérus long de 9 cent. et fortement rétroversé, semble adhérer à ce dernier. Quant au kyste abdominal, il est facile à délimiter sauf vers le foie ou il paraît adhérer. Enfin par le toucher vaginal on sent de chaque côté du bassin un corps qui paraît être l'ovaire abaissé et hypertrophié ; mais dans des examens subséquents on retrouva ce corps seulement du côté gauche. En conséquence, on crut s'être trompé et on diagnostiqua simplement un kyste de l'ovaire droit.

Winkler pratiqua l'ovariotomie le 28 août 1877 en présence de plusieurs médecins.

L'incision d'abord de 8 cent. dut être portée à 14. Adhérences très-résistantes et anciennes de toute la paroi antérieure de la tumeur

ainsi que de la partie inférieure de la paroi postérieure; adhérences avec le foie et le grand épiploon.

Le plus petit kyste non adhérent s'insère à *gauche* par un pédicule grêle; il fut lié et extrait.

L'ovaire *droit* à raison d'une multitude de kystes du volume d'une lentille, fut lié et extrait.

Enfin en faisant la toilette du péritoine on découvrit dans la moitié gauche du bassin un organe muni de deux kystes qui à l'étonnement général avait l'aspect de l'ovaire. Cet organe muni d'un court mais évident pédicule fut à son tour extrait après avoir été lié.

Comme dans les précédentes opérations de l'auteur, un drainage vagino-abdominal fut établi. Dix points de suture furent placés dont cinq profonds.

L'opérée succomba le 31 août à l'infection purulente, bien que tous les instruments, tous les organe eussent été avant et pendant l'opération soumis à la *Carbolspray* (méthode de Lister) et même à la *Salicylspray* (3 grammes pour 1000).

Après avoir fait la description de l'ovaire droit, du grand et du petit kyste développé sur l'ovaire gauche, Winkler donne les détails suivants sur l'ovaire surnuméraire gauche.

Le corps extirpé en dernier lieu et considéré comme un troisième ovaire a un pédicule évident qui s'insère à environ 25^{mm} au-dessous de la ligature du grand kyste sur la face postérieure du ligament large gauche. A l'œil nu il offre toutes les apparences d'un ovaire et a les mêmes dimensions (c'est-à-dire 30^{mm} en longueur et 20 en largeur) que l'ovaire appendu au grand kyste. A l'extrémité de ses bords sont deux kystes, l'un du volume d'une cerise et l'autre d'une fève. Ce corps offre comme l'ovaire deux couches distinctes; l'une externe de nature fibreuse et l'autre interne de nature parenchymateuse. Enfin l'examen microscopique y fait constater l'élément granuleux d'une façon très-manifeste. Birch-Hirschfeld, auquel on soumet la préparation dans un but de contrôle, arrive à la même conclusion; seulement il estime que ce n'est point là un ovaire complètement développé avec isolement parfait des follicules mais un organe resté à l'état fœtal dont la constitution n'est pas sans analogie avec les tubes des glandes testiculaires. »

L'intérêt de cette observation n'est pas seulement dans l'étude microscopique qui a été faite de cet ovaire surnuméraire, il en ressort

encore un enseignement clinique. Quelque rare que puisse être cette anomalie, il incombe au chirurgien d'en tenir note; plus que jamais dans la *toilette du péritoine*, il devra examiner minutieusement l'état des parties afin de ne point laisser par négligence les éléments d'une récidive.

Enfin, au point de vue de la physiologie, la connaissance de cette anomalie, dont il reste actuellement huit exemples authentiques, pourra servir à expliquer la persistance des règles après une double ovariotomie. Pour le dire en passant, cette particularité ne s'est pas encore présentée, car les faits qui ont été produits n'ont pas la signification qui leur a été accordée.

A. Puech.

Grossesse interstitielle prise pour un fibrome sous-séreux; à la suite d'un effort, rupture du sac amenant des hémorrhagies internes et externes; mort par péritonite; par le Dr Léopold, de Leipzig, avec une planche. *Archiv. f. Gynæk.*, t. XIII, p. 355.—Une femme de 36 ans, ayant eu un avortement et trois enfants, le dernier il y a un an, éprouva le 24 juin 1878, dix semaines après ses dernières règles une hémorrhagie légère qui fut interprétée par le médecin de la famille comme une menace d'avortement. Deux jours après, à la suite d'un effort, elle fut prise d'une hémorrhagie tellement abondante, qu'il fallut recourir au tamponnement.

On constata alors à droite du fond de l'utérus, qui atteignait au nombril, une tumeur du volume d'un œuf de canard, à large base et médiocrement douloureuse à la pression qui fut prise pour un fibrome sous-séreux, d'autant que cette personne très intelligente niait la grossesse et que de l'autre l'examen minutieux du sang n'avait fait découvrir ni embryon, ni débris de membrane. Le jour suivant l'hémorrhagie était complètement arrêtée; l'utérus et la tumeur s'étaient rapetissés et le fond n'arrivait plus qu'à trois travers de doigt au-dessous du nombril.

La malade resta ensuite dans un état satisfaisant jusqu'au 4 juillet, jour où l'hémorrhagie reparut de nouveau et il y eut dans la nuit expulsion d'un corps placentiforme (sans doute la caduque).

Le 7 juillet se déclara une péritonite septique à laquelle la malade succomba trois jours après.

De l'autopsie longuement relatée il ressort : 1° que la péritonite

avait été la conséquence d'hémorrhagies anciennes et récentes, effectuées autour de l'utérus; 2° que ces hémorrhagies provenaient de la rupture d'un sac fœtal du volume de deux mois; 3° que cette grossesse interstitielle siégeait à droite à l'endroit ou l'on avait cru reconnaître une tumeur fibreuse; 4° que la disparition de l'embryon et de l'amnios semble indiquer une destruction précoce du produit de la conception et pourrait par suite expliquer l'absence des signes subjectifs de la grossesse; et 5° que la cause de cette grossesse est dans la rencontre du petit polype muqueux, qui placé dans la lumière du canal tubaire au moment où il traverse la paroi utérine, a mis obstacle à la progression de l'œuf fécondé.

Telle est dans sa substance cette intéressante observation. Si elle apporte un élément précieux à l'histoire de la grossesse interstitielle, elle ne saurait justifier la proposition de Léopold, d'*ouvrir le ventre, d'extraire le sac et de suturer ensuite la plaie utérine*. Ce médecin distingué n'a oublié qu'une chose, mais capitale, c'est de nous indiquer au préalable les signes à l'aide desquels on peut diagnostiquer sûrement cette variété de grossesse extra-utérine. En l'absence de cette condition, la proposition est prématurée pour ne pas dire davantage.

A. PUECH.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Ueber Lufteintritt in die Bleitbahnen durch der puerperalen Uterus (*Sur l'entrée de l'air dans les vaisseaux sanguins pendant la puerpéralité*), par KÉZMARSZKY (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 202). Le point de départ de ce travail est l'observation d'une femme de 36 ans qui se trouvant à une quatrième grossesse avait une hydropisie de l'amnios. Cinq minutes après la rupture des eaux, la tête se renversa brusquement en arrière, le visage devint livide et la respiration s'arrêta. A l'autopsie, faite vingt heures après la mort, on trouva dans le ventricule droit, dans la veine cave inférieure et dans les veines de l'utérus un sang liquide rouge brun mêlé de petites et de grosses bulles d'air. D'après le professeur Scheuthauer, de Budapesth, les bulles d'air trouvées dans les vaisseaux n'étaient

point le produit de la décomposition cadavérique mais étaient entrés par les veines de l'utérus. A la suite de cette observation se trouve un relevé des observations antérieures et un exposé complet de l'état de la question. Si l'historique est moins complet que celui qui a été donné par Hervieux *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, p. 889), par contre la casuistique est plus riche puisqu'il évoque ou relate une vingtaine d'observations.

Medianschnitt durch das Becken einer Frau onit Scheiden und Uterus vorfel (*Coupe médiane du bassin d'une femme atteinte d'une chute du vagin et de l'utérus*), par SCHUTZ (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 262, avec une planche) et un autre cas de Spiegelberg avec une planche (id., p. 271).

Der Nabelstrang und dessen Absterbeprucess (*Le cordon ombilical et son élimination après la naissance*), par SCHUTZ (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 315).

Zur Casuistik der spontanen. nicht puerperalen inversion des Uterus (*Contribution à l'étude de l'inversion utérine non puerpérale*), par BRUNTZEL, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 366). Outre trois observations originales recueillies dans le service de Spiegelberg, ce travail contient 51 observations résumées. Sur 4 3opérations il y a eu 10 morts.

Ueber Erysipelas in Wochenbette (*Sur l'érysipèle puerpéral*), par Th. HUGENBERGER (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 387). Ce travail est établi sur 15 cas qui se sont présentés du 1[er] janvier au 31 décembre 1877 à la Maternité de Moscou sur 7536 accouchés. Sur ces 15 il y a eu 7 morts.

Die Lösung der mütterlichen Echaüte vor und bei der rechtzeitigen Geburt (*Le détachement des membranes maternelles avant et pendant l'accouchement à terme*, par Otto KUSTNER, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 422).

Die Drittkleinste bisher bekannte mensliche Embryo (*Description d'un embryon de quinze à dix-huit jours*), par Hermann BEIGEL, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 437).

Zwei fäll von Selten beobachtetar Art der Zerreissung der Hymen (*Deux cas de rupture exceptionnelle de l'hymen*, par GUSSMANN (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 430). Dans ces deux cas l'ouverture normale était resté intacte et la rupture s'était faite au niveau de la commissure postérieure dans un, au-dessous du méat central dans l'autre.

Tuberculose der Weiblichen Harnblase (*Tuberculose de la vessie urinaire*), par MARCHAND (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 446). On peut consulter à ce sujet : *Étude sur la cystite tuberculeuse*, du D[r] A. GUÉBHARD.

Verhandlungen der Gynäkologischen Section der 51 Versammlung

deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel (*Compte-rendu de la Section gynécologique du Congrès de Cassel*) (*Arch. f. Gyn.*, t. XIII, p. 448 à 489). Trente communications ou présentations d'instruments ont été faites à ce Congrès.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Clinique obstétricale du Dr N. Charles (de Liége) (2e série de 100 opérations pratiquées dans des accouchements difficiles. Manceaux, éditeur, à Bruxelles et Delahaye, à Paris, 1878.

Battey's operation; three fatal cases with some remarks upon the indications for the operation, par le Dr George J. ENGELMANN (de St-Louis). Extrait de l'*American Journal of obstetrics*, vol. XI, n° 111, juillet 1878.

Fur Lehre von der graviditas interstitialis, par le Dr LÉOPOLD (de Leipsig). Extrait des *Archiv für Gynækologie*, vol. XIII, fascicule 3.

Deuxième observation d'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique et description d'un nouveau constricteur, par le Dr WASSEIGE (de Liége). Extrait des *Bulletins de l'Académie royale de Belgique*, t. XII, 3e série, n° 8. Manceaux, éditeur, 12, rue des Trois-Têtes, Bruxelles.

Uber eine totale uterus exstirpation nach freund, par le Dr LEOPOLD (de Leipsig). Extrait des *Archiv für Gynækologie*, 1878, n° 23.

Guide-annuaire de l'étudiant en médecine et en pharmacie, par le Dr J.-A. FORT. Paris, 1878.

On gastro-elytrotomy, par Henry-J. GARRIGUES. — Appleton et Company éditeurs, 549, Broadway, New-York.

Bidrag til Navlingsspergsmaalet, par Léopold MEYER.

Ueber die Blutmenge der placenta, par Léopold MEYER.

Recherches sur la cause du souffle utéro-placentaire, par le Dr Ferdinand VERARDINI. — Vaillant Carmanne, éditeur, 8, rue St-Adalbert, Liége.

Syphilis héréditaire et athrepsie. Leçons de M. Parrot. — Coccoz, éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

Fibrous tumors of the uterus, par BYFORD (de Chicago). — Putnam's sons, éditeurs, 182, Fifth avenue, New-York.

The spontaneous and artificial destruction and expulsion of fibrous tumours of the uterus, par BYFORD. (Extrait des *Gynecological transactions*, 1876.)

The address in obstetrics and diseases of Women and Children, par BYFORD. (Extrait des *Transactions of the American medical association*.)

Journal des sciences médicales de Lille (Revue mensuelle publiée par MM. les professeurs de la Faculté libre de médecine et de pharmacie).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE CETTE QUESTION : A QUEL MOMENT DOIT-ON OPÉRER LA LIGATURE DU CORDON OMBILICAL ?

Par le Dr Alban Ribemont,

Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris,
Chef de clinique-adjoint d'accouchement à la Faculté de Paris,
Maître de conférences d'accouchement à la Faculté de Bordeaux.

Depuis que notre excellent ami, le Dr Budin, a publié un très-intéressant mémoire (1) sur ce sujet, la question soulevée, et on peut le dire, résolue par lui, n'a pas cessé d'être à l'ordre du jour. La littérature allemande s'est enrichie des mémoires de Schücking en 1877, de Zweifel, de Hofmeier, de Léopold

(1) *A quel moment doit-on opérer la ligature du cordon ombilical?* par le Dr P. Budin. *Le Progrès médical*, 1875 et 1876.

Meyer en 1878, tandis qu'en France les travaux de Kohly (1875), ceux de Hayem, de Hélot, de Porak, venaient à leur tour fournir aux recherches de Budin un complément utile en même temps qu'une consécration expérimentale.

Rappelons brièvement les phases diverses par lesquelles a passé le choix du moment de la section de la tige funiculaire, en renvoyant, pour l'historique détaillé de ce point particulier, aux travaux de Budin et de Ploss (1).

Les anciens attendaient l'expulsion du placenta pour couper le cordon ombilical; Mauriceau, Clément, Deventer, pratiquaient la délivrance immédiatement après la sortie du fœtus, et ne liaient le cordon qu'après l'extraction de l'arrière-faix.

Levret, considérant à juste titre une délivrance aussi rapide comme dangereuse, conseillait de *nouer* le cordon de suite et de ne pratiquer la délivrance que plus tard.

Aujourd'hui, on est d'accord pour lier le cordon avant l'expulsion du placenta; mais il n'en est pas de même en ce qui concerne le choix du moment où l'on doit pratiquer cette ligature.

Allant plus loin qu'Hippocrate, qui prescrivait d'attendre que l'enfant ait poussé plusieurs cris, Denman, Alph. Leroy, et plus récemment Nægelé, Jacquemier, attendent que les battements du cordon aient cessé, ou tout au moins soient très-affaiblis. Stoltz, Schröder, Kleinvachter, Leishman, attendent eux aussi un certain temps avant de séparer l'enfant de ses annexes.

Par contre, Velpeau, Gardien, Cazeaux, Joulin, Verrier, Pénard, etc., pratiquent la ligature immédiate. La question ne pouvait être résolue qu'au moyen d'expériences bien faites. C'est ce que résolut de faire le Dr Budin sur les conseils, et d'après les indications de notre excellent et bien cher maître M. Tarnier.

(1) Ploss. *Die Art der Abnabel. des Kindes bei verscheid. Völkern* (*Deutsche Klinik*, 1870).

« Dans une première série de faits (32 cas), dit le Dr Budin, « l'enfant étant expulsé, nous l'avons laissé respirer, crier, « s'agiter; nous avons suivi les modifications qui survenaient « du côté du cordon ombilical, et lorsqu'il avait cessé de bat- « tre depuis une, deux ou trois minutes, nous l'avons sectionné. « Dans une seconde série (30 cas), au contraire, dès que l'en- « fant était sorti des parties génitales, dès qu'il avait respiré « largement et jeté un ou deux cris, nous pincions le cordon « ombilical entre le pouce et l'index, de manière à interrompre « la circulation fœto-placentaire, nous placions une ligature « sur le bout fœtal et nous pratiquions la section.

« Nous avons, dans les deux séries d'observations, recueilli « et mesuré exactement, à l'aide d'un verre gradué, le sang qui « s'écoulait par le bout placentaire, nous en avons toujours « fait sortir le plus possible, et pour cela nous exercions sur « le cordon des pressions d'arrière en avant de sa base vers « son extrémité sectionnée. Nous attendions le retour des con- « tractions utérines, contractions qui exprimaient le sang « contenu dans les vaisseaux fœtaux du placenta. En agissant « ainsi, nous ne laissions que très-peu de liquide dans le cir- « cuit des vaisseaux ombilicaux, et chaque fois nous avons pu « apprécier et noter cette quantité après la délivrance.

« Pour cela, dès que l'arrière-faix était expulsé, il nous suf- « fisait de traire, pour ainsi dire, le cordon, de comprimer « fortement le placenta et de recueillir le sang qui pouvait y « être encore contenu. Voici, dans la presque totalité des cas, « ce que nous avons été à même de constater. Lorsque aussitôt « après la naissance, on laisse l'enfant attaché au cordon om- « bilical respirer et crier librement entre les jambes de sa « mère, on voit le cordon qui était d'abord foncé, bleu, tur- « gide, s'affaisser bientôt et les battements dont il était le siége « disparaître en moyenne après deux minutes et demie. Si « après avoir attendu deux minutes encore, après avoir attendu « surtout que l'utérus se soit bien retracté et même contracté « une première fois, on sectionne le cordon, il ne sort rien par

« le bout fœtal, et par le bout placentaire on voit s'écouler des « vaisseaux ombilicaux 11 c. c. 2 de sang en moyenne.

« Au contraire, dès que l'enfant a été expulsé hors des par- « ties génitales, dès qu'il a fait une première inspiration, si on « interrompt la circulation fœto-placentaire, et si après avoir « lié le bout fœtal on sectionne le cordon, on voit par un triple « jet d'abord, puis par la veine seulement, le sang sortir des « vaisseaux qui viennent du placenta. On en recueille en « moyenne 98 c. c. 4.

« Cela montre que pratiquer la ligature et la section du cor- « don ombilical aussitôt après l'accouchement, c'est empêcher « l'enfant de puiser dans le placenta 87 c. c. 2 de sang qu'il « y aurait aspiré. » Soit en ramenant dans ces deux séries de faits le poids des enfants à la moyenne générale de 3 kilogr. 500, 92 gr. 6 de sang.

La conclusion à tirer de ces faits intéressants s'imposait d'elle-même : *On ne doit pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical que une ou deux minutes environ après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige.*

Malgré la précision de ses expériences et la constance de leurs résultats, M. Budin ne voulait pas considérer ses recherches comme complètes, et il demandait que d'autres mieux placés que lui pour certaines observations vinssent achever son œuvre.

« Il faudrait, disait-il, constater quelle est la quantité de « sang retenu dans le placenta à différentes périodes, une, « deux, trois minutes après l'expulsion du fœtus, lorsque les « battements du cordon ne cessent pas immédiatement; il « faudrait rechercher quelles sont les différences qui existent « entre les enfants nés à terme et les enfants nés avant terme. « Chez ces derniers, la respiration s'établissant moins facile- « ment, la circulation fœto-placentaire persiste-t-elle, ce qui « est probable, plus longtemps que chez les enfants nés à « terme? Il faudrait suivre les enfants pendant un certain « nombre de jours, les peser exactement, et voir si, dans des « conditions analogues (qu'il sera parfois bien difficile d'ap-

« précier), ceux de la seconde série se portent mieux et aug-
« mentent plus rapidement de poids que ceux de la première;
« il faudrait aussi, soit à l'aide de l'analyse chimique, soit à
« l'aide du compte-globules, pouvoir faire des recherches pré-
« cises d'hématologie dans les deux catégories de faits. »

M. Budin n'a pu exécuter que la première partie de ce programme largement esquissé. Dans 13 cas, il a pratiqué la ligature (les battements du cordon existant encore) après avoir laissé l'enfant respirer et crier pendant deux ou trois minutes. Dans ces cas, il a constaté qu'il s'écoulait du placenta, en moyenne, 41 c. c. 46 de sang; ce qui, pour des enfants de 3 kilogr. 500, correspond à 46 grammes.

M. Budin ne s'est pas contenté de constater ces faits importants; il en a de suite cherché l'explication physiologique :

« Au moment de la naissance, dit-il, au moment où à la vie
« fœtale succède la vie extra-utérine, les poumons se dilatent
« et se laissent pénétrer à la fois par l'air et par le sang. Cette
« arrivée du sang dans les poumons est prouvée surabondam-
« ment par l'augmentation de leur poids total, augmentation
« que Ploucquet avait même indiquée comme un moyen qui
« permettait de reconnaître si l'enfant avait vécu ou non.

« Donc le sang, revenant par la veine ombilicale, pénètre
« dans les poumons et dans la circulation générale du fœtus;
« or, tant que les battements du cordon persistent, tant que
« la circulation fœto-placentaire continue, après chaque im-
« pulsion cardiaque, une certaine quantité de liquide est
« lancée par les artères ombilicales dans le placenta, le fœtus
« y renvoie de la sorte une partie de son sang. Nous avions
« donc raison de dire qu'avant de pratiquer la ligature du
« cordon, il fallait attendre que ses battements aient cessé
« depuis une ou deux minutes. »

Voilà pour l'enfant nouveau-né bien portant, mais, dira-t-on, si l'enfant vient en état de mort apparente, s'il présente des signes de l'asphyxie bleue, s'il est congestionné, n'est-ce pas augmenter, dans des proportions dangereuses, cet état qui menace si directement ses jours, et contre lequel les accoucheurs les

plus autorisés recommandent, au contraire, de lui enlever un peu de sang, en faisant par le bout du cordon ombilical, rapidement sectionné, une petite saignée? A cette crainte théorique, M. Budin répond par des arguments physiologiques et par des faits.

Il rappelle que la saignée n'a jamais été conseillée dans le traitement de l'asphyxie. Grisolle, si partisan des émissions sanguines, reconnaissait qu'il serait le plus souvent dangereux de commencer le traitement de l'asphyxie par leur emploi. M. Maurice Perrin, dans l'article *Asphyxie* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, n'en parle pas. De quel droit fait-on subir à l'enfant, que l'on prive tout d'abord de 92 grammes de sang par la section immédiate du cordon, une perte de sang de 40 à 80 grammes?

Sous le prétexte qu'il y a congestion pulmonaire et cérébrale?

« La congestion pulmonaire n'existe évidemment pas, puis-
« que les poumons, au moment de la naissance, sont en état
« d'atélectasie. Quant à la congestion cérébrale, en admettant
« qu'elle existe, qu'on laisse l'enfant attaché au cordon crier
« et respirer largement, et l'on verra la cyanose disparaître
« rapidement comme nous l'avons vu bien des fois; les pou-
« mons, en se dilatant, offrent au sang un diverticulum dans
« lequel il se précipite; mis en contact avec l'air dans les vé-
« sicules pulmonaires, ce sang s'empare de l'oxygène, l'as-
« phyxie et la coloration violacée des téguments peuvent alors
« s'effacer.

« Si, au contraire, on pratique la saignée du cordon, évi-
« demment la teinte asphyxique disparaît rapidement, mais la
« peau, au lieu de prendre la couleur rose vif qui lui est habi-
« tuelle, devient bientôt d'une pâleur extrême. »

Enfin, relativement à la mère, M. Budin montre expérimentalement que le placenta moins volumineux, moins turgide, dans le cas de ligature tardive, passe plus facilement à travers un orifice, donné, qui présente une certaine résistance comme, par exemple, l'orifice du col utérin.

Il réserve la question de savoir si le décollement du placenta est rendu par contre moins facile lorsqu'il est peu volumineux, l'observation clinique seule pouvant répondre sur ce point, quoiqu'il lui ait semblé que la délivrance se faisait alors plus facilement.

Les recherches de M. Budin et les conclusions qui en découlent logiquement étaient trop inattendues et trop importantes à la fois pour ne pas porter les observateurs à entreprendre de les contrôler.

Le fait en lui-même était-il exact? L'enfant gagnait-il par une ligature tardive de son cordon une quantité de sang aussi considérable?

L'explication physiologique donnée par M. Budin, le mécanisme de la pénétration du sang dans le système circulatoire de l'enfant invoqué par lui devaient-ils être acceptés? Y avait-il un avantage immédiat pour l'enfant bien portant ou axphyxié à profiter du sang contenu dans la circulation fœto-placentaire?

L'influence du mode de ligature se faisait-elle sentir encore dans les jours qui suivent la naissance et était-elle, ainsi que le pensait M. Budin, avantageuse?

Enfin n'y avait-il pas quelque inconvénient pour la mère, au point de vue de la délivrance, à réduire par la ligature tardive le volume du placenta?

C'est ce que se sont efforcés de déterminer Kohly, Schücking, Zweifel, Hofmeier, Hélot, etc.

La thèse de Kohly, publiée quelques semaines après le mémoire de Budin, en confirmait les principaux résultats.

Un an plus tard, Schüking (1) publiait ses recherches. Bien qu'elles aient porté sur un nombre restreint d'enfants, elles présentent un réel intérêt. L'auteur a non-seulement pesé le sang qui reste dans les vaisseaux placentaires après l'un et l'autre mode de ligature, mais encore à l'aide d'une balance sensible à 5 grammes, qu'il fixait au lit de la parturiente, il a

(1) *Zur Physiologie der Nachgeburtperiode Untersuchungen*, etc. (*Berliner Klinik Wochenschrift*, n°s 1 et 2, 1877).

pu réaliser ce qui avait été conseillé à la Société de biologie, lorsque Budin y communiqua ses résultats, c'est-à-dire prendre le poids de l'enfant au moment même de sa naissance et dans les quelques minutes qui ont suivi, jusqu'au moment où la circulation fœto-placentaire était interrompue.

Nous réunissons sous forme de tableau les résultats obtenus par Schücking dans ses cinq observations de ligature tardive.

Ligature tardive.

Nº d'observation.	SEXE	DATE	HEURE de l'accouchement.	POIDS au moment de la naissance.	Temps pendant lequel ont duré les pulsations du cordon.	Temps écoulé depuis la naissance jusqu'à la ligature.	POIDS au moment de la ligature.	Sang qui s'écoule par le bout placent. du cordon ou qui est extrait du placenta.
1	G	28 oct. 1876	5 h. 55	3300 gr.	4 min.	8 min.	3370 gr.	8 gr.
2	F	2 nov. 1876	6 h. 15	2510 gr.	2 min.	10 min.	2580 gr.	12 gr.
3	G	16 nov. 1876	2 h. 15	3470 gr.	3 min.	5 min.	3570 gr.	24 gr.
4		16 nov. 1876	6 h. 15	3060 gr.	cordon sans pulsation presque imméd^{ent}	7 min.	3090 gr.	10 gr.
5		19 nov. 1876	3 h. 10	3720 gr.		6 min.	3760 gr.	10 gr.

Schücking a toujours attendu que le poids maximum acquis par l'enfant se soit maintenu quelques instants sans varier, pour pratiquer la section du cordon.

Dans les trois faits suivants il a eu recours à la ligature immédiate.

Ligature immédiate.

N° d'ob.	SEXE.	DATE	Heure de l'accouchem.	Poids au mom. de la naissance.	Sang qui s'écoule par le bout placent. du cord. ou extrait du plac.
6	G	13 nov. 1876	9 h. 30	3550	96 gr.
7	G	21 nov. 1876	9 h. 15	4320	130 gr. + 18
8				3500	70 gr. + 8

Enfin, Schücking a sectionné le cordon dans deux cas, sans attendre aussi longtemps que dans sa première série d'observations. Dans un cas, l'enfant pesait 4,000 grammes ; il ne s'est écoulé que quelques gouttes de sang par le cordon. Dans l'autre, l'enfant pesait 3,000 ; il s'échappa 35 grammes de sang par l'extrémité placentaire du cordon ombilical.

De ces expériences Schücking conclut : que l'augmentation de poids du fœtus se produit principalement dans les *deux premières* minutes,—que le chiffre de cette augmentation noté avec la balance a été de 30 grammes au moins, et de 100 grammes au plus.

Les cinq enfants de la première série ont en moyenne gagné 62 grammes (appréciables avec la balance) ; et dans ces cas il n'est resté que 8, 12, 24, 10, 10 grammes, en moyenne 13 gr. de sang seulement dans les vaisseaux du placenta.

Dans les cas de ligature immédiate au contraire, la masse de sang inutilisée et qui s'écoulait par l'extrémité du cordon s'élevait à 99 grammes.

Schücking a depuis lors fait de nouvelles expériences qui ont entièrement confirmé les résultats qui précèdent.

La même année M. Hélot engageait M. Brunon son interne à entreprendre sur le même sujet quelques recherches expérimentales. M. Brunon, opérant de la même façon que Budin, constata que dans 15 cas de ligature immédiate, il était resté dans les vaisseaux placentaires 74 grammes de sang en moyenne, les deux

chiffres extrêmes étant 53 et 107; tandis que dans 10 cas de ligature tardive, cette quantité ne s'élevait qu'à 8 grammes en moyenne, 4 grammes représentant la quantité minimum et 15 grammes la quantité maximum du reliquat. M. Hélot ne s'en tint pas à ce résultat. Il voulut s'assurer que l'enfant profitait bien réellement de la différence 74-8, c'est-à-dire 66 gr. signalée par les pesées de son interne. Il fit dans ce but des pesées analogues à celles de Schücking et vit la balance accuser pour l'enfant une augmentation moyenne de 53 grammes.

Il est inutile de faire remarquer que ce chiffre 53 de même que celui de 62 obtenu par Schücking sont un peu trop faibles. Il est impossible en effet de ne pas perdre trente ou quarante secondes avant de pouvoir faire la première pesée de l'enfant.

La numération globulaire employée par le même auteur est venue, de son côté, attester l'augmentation de la masse du sang chez les enfants à ligature tardive.

Dans un millimètre cube de sang, M. Hélot a trouvé :

Chez les enfants à ligature immédiate	de 4551782 globules rouges		en moyenne 5080715
	à 5750000	—	
Chez les enfants à ligature tardive	de 4982317	—	en moyenne 5983347
	à 7474375	—	

c'est-à-dire 902,632 globules rouges de plus par millimètre cube chez les enfants à ligature tardive.

M. Hayem avait déjà de son côté trouvé chez des enfants de la Maternité soumis à son examen une différence de 489,000 globules rouges.

L'année suivante, Zweifel (1) détermine par un autre procédé la quantité de sang qui reste dans le placenta à la suite de l'un et l'autre mode de ligature du cordon.

Nous devons faire remarquer de suite que les résultats enregistrés par Zweifel sont obtenus moins directement que ceux

(1) *Wann sollen die Neugeborenen abgenabelt werden? Centralblatt für Gynækologie*, 1878, nº 1.

dont nous avons fait mention jusqu'à présent. En effet l'auteur pesant tout le sang contenu dans le placenta obtient un chiffre qui représente non-seulement le poids du sang contenu dans les vaisseaux utéro-placentaires, mais encore du sang maternel existant dans les lacs sanguins.

Voici du reste un rapide aperçu de la méthode employée par Zweifel, méthode qui appartient à Welcker.

Sitôt que la délivrance est effectuée, on fait sortir par des pressions manuelles et on recueille la plus grande partie du sang que contient le placenta. Puis celui-ci est haché en petits fragments qui sont lavés dans une masse d'eau suffisante pour entraîner les dernières traces de liquide sanguin, en ne laissant que la trame même du tissu placentaire.

On pèse le sang recueilli par expression du placenta ; on l'additionne ensuite d'eau et on le délaye jusqu'à ce que le mélange ainsi obtenu ait pris la même teinte que l'eau qui a servi au lavage des fragments du placenta.

Il est facile alors d'évaluer exactement la masse totale du sang placentaire.

Zweifel est arrivé aux chiffres suivants :

Ligatures immédiates.

1er	Placenta de	347 gr.	contenait	161 gr.	de sang	= 43.69	p. 100
2e	—	540 gr.	—	181 gr.	—	= 33.3	p. 100
3e	—	452 gr.	—	256 gr.	—	= 54.4	p. 100
4e	—	526 gr.	—	170,3	—	= 32.3	p. 100

En laissant au contraire l'enfant en communication avec le placenta, puis faisant la délivrance par la méthode de Crédé :

Ligatures tardives.

1er	Placenta de	668 gr.	contenait	69.02	de sang	= 10.3	p. 100
2e	—	472 gr.	—	49.22	—	= 10.4	p. 100
3e	—	644 gr.	—	170.34	—	= 26	p. 100
4e	—	621 gr.	—	81.598	—	= 13.1	p. 100
5e	—	491 gr.	—	87.95	—	= 17.9	p. 100
6e	—	561 gr.	—	95.48	—	= 17	p. 100

Dans les trois derniers cas, l'accouchement avait été terminé par une application du forceps, au milieu du sommeil anesthésique.

Les quatre premières expériences donnent une moyenne de 192 grammes ; les six dernières une moyenne de 92 grammes. Différence 100 grammes.

Zweifel a, quelques mois plus tard (1), fait connaître au Congrès tenu à Cassel les résultats de nouvelles recherches pour répondre à un travail de Léopold Meyer (2), dont nous allons rendre compte.

Dans sa seconde série de recherches, Zweifel a trouvé comme chiffre moyen 178,5 et 97,5, ce qui ne fait qu'une différence de 81 grammes.

Ce chiffre inférieur à celui qu'il avait trouvé lors de sa première expérience est encore bien supérieur à ceux de L. Meyer.

En employant la méthode de Welcker, mais modifiée par Panum, cet observateur a trouvé, après la ligature consécutive à l'expulsion du placenta : 77,73 de sang dans cet organe; après la ligature faite alors que les battements du cordon avaient cessé : 101,32; et dans trois cas de ligature immédiate : 106,64. Nous ne pouvons rechercher, faute de documents précis, la cause de ces résultats qui s'écartent notablement de ceux de Zweifel.

Quelle est la part qu'il faut attribuer dans cette divergence de résultats à la différence des méthodes mises en usage? Meyer a-t-il attendu pour sectionner le cordon que quelques minutes se fussent écoulées après la cessation des battements du cordon?

A quel moment la délivrance a-t-elle été faite?

Autant de questions que nous ne pouvons résoudre.

Beaucoup plus précise et plus importante est une note d'Hof-

---

(1) *Arch. für Gynækologie*, XIII Band., 3 Heft., p. 461.

(2) *Ueber die Blutmenge des Placenta. Centralblatt für Gynæk.*, 1878, n° 10, p. 220.

meier (1) qui a pesé 32 enfants : 1° immédiatement après la naissance; 2° après l'expulsion du placenta, en ayant soin de se placer dans des conditions autant que possible identiques. Il a constaté une augmentation de 63 gr. 6.

Enfin, M. Porak (2) a fait, à propos de sa thèse inaugurale, une série de pesées d'où lui est resté cette impression générale que « l'on doit considérer comme se rapprochant le plus de la « vérité les moyennes que Budin a données. »

Ses recherches ne semblent pas avoir été très-précises, car il ne donne aucun chiffre et ne nous offre que des *à peu près.*

« J'ai fait pour ma part, dit-il, l'évaluation du sang exprimé « du placenta après la section immédiate, et après la section « tardive du cordon ombilical dans un nombre d'ailleurs *peu* « *considérable* de cas. J'ai obtenu une moyenne un peu plus « élevée de *quelques centimètres cubes* que celle de Budin. Pour « la ligature tardive, j'ai constaté la cessation des battements « du cordon *près de l'ombilic*, et non pas au milieu du cordon, « avant de les considérer comme arrêtés. »

Nous aurions aimé savoir sur *combien* de cas l'auteur avait opéré, et de *combien* de centimètres cubes sa moyenne était supérieure à celle de Budin. Enfin, nous demanderons à M. Porak s'il ne croit pas que les battements perçus *près de l'ombilic* fussent des battements transmis, car nous avouons ne pas comprendre comment, si le cordon ne battait plus vers le milieu de sa longueur, le sang allait encore au placenta à travers les artères ombilicales. Nous regrettons aussi que M. Porak qui, familier avec la langue allemande, avait lu le mémoire de Schücking, n'ait pas comme cet auteur pratiqué des pesées sur un certain nombre d'enfants. Peut-être une balance suffisamment précise lui faisait-elle défaut, à moins qu'il n'ait voulu avoir une balance *merveilleuse* comme lui paraît être celle dont s'est servi Schücking? « M. Schücking, dit-il, a fait des expé-

---

(1) *Centralblatt, für Gynæk*, 1878, n° 18.

(2) *Considérations sur l'ictère des nouveau-nés.* Th. de Paris, 1878, n° 239.

« riences analogues à celles de M. Hélot. Il se sert d'une ba-
« lance (Decimalwage-Federwage), dont il ne donne pas de
« description, qu'on peut fixer au lit de la mère. *Il serait très-*
« *intéressant de connaître cette balance, car elle ne paraît pas*
« *présenter d'oscillations!* »

Une balance sans oscillations! Rien dans le mémoire de Schücking, que nous avons étudié avec soin, n'autorise cette supposition au moins étrange. Nous l'avons vu, il a suffi à Schücking d'une balance sensible à 5 grammes près, et, il le dit lui-même, d'une certaine adresse manuelle. Pourquoi donc M. Porak veut-il brouiller Schücking avec les lois les plus élémentaires de la physique?

M. Porak, à la vérité, nous dédommage en ce qui concerne la numération des globules du sang, bien que nous ne comprenions pas l'utilité de la classification de ses observations en : ligature 9 minutes, 7 minutes, 11 minutes, 12 minutes, etc., après la naissance, puisqu'il les range toutes dans une même catégorie : enfants à ligature tardive, 2 minutes après la cessation des pulsations ombilicales. Quoi qu'il en soit, l'auteur a trouvé comme chiffres moyens 5221555 et 4376120, ce qui équivaut à une différence de 845435 globules rouges par millimètre cube, à l'avantage des enfants à ligature tardive.

« L'enfant profite donc, dit cet auteur, d'une quantité considérable de sang, de 92 grammes de sang par la ligature tardive. »

Mais pourquoi dans les lignes qui suivent, M. Porak fait-il, pour les besoins de sa cause, dire à Budin et à Schücking ce que ni l'un ni l'autre n'ont écrit : « Budin *admet*, d'après les re-
« cherches de Welcker, qu'on peut évaluer la quantité totale du
« sang au 1/13 du poids du corps, c'est-à-dire de 250 à 270
« grammes.... Dans le mémoire de Schücking.... ce fait prend
« des proportions bien différentes. Schücking corrige Budin;
« il lui rappelle que Welcker, qu'il a cité, a fixé que la quantité
« du sang chez l'adulte équivaut au 1/13 du poids de son
« corps : c'est vrai; mais que, chez l'enfant, elle n'équivaut
« qu'au 1/19 du poids de son corps, de telle sorte que ce n'est

« pas 250 à 270 grammes de sang qu'il a dans ses vaisseaux, « mais 175 grammes seulement. »

Et dans le désir de contredire Budin, il se livre au raisonnement *logique* selon lui que nous reproduisons :

« L'enfant se trouve... avec 175 grammes de sang. — Si on lui « fait une ligature immédiate, on peut le priver de 135 gram- « mes de sang (Schücking, obs. VII), de 176 grammes de « sang (Budin, obs. LVII). — Qu'on lui fasse maintenant une « saignée du cordon, et on soustrait à l'enfant plus de sang « qu'il n'en a. Voilà les résultats que l'on obtient par une dé- « duction *logique*. »

Cette déduction logique, qui ressemble fort à un petit essai de raisonnement par l'absurde, a le grave défaut de pécher par la base.

Sans prétendre prendre ici la défense de Budin et de Schücking, qu'il nous soit permis, malgré ou plutôt à cause même d'une rectification tardive et incomplète de M. Porak, insérée dans ce journal, de citer textuellement ce qu'ont écrit ces deux auteurs.

Budin a dit : « *Si l'on admettait* avec Béclard, d'après les « expériences de Welcker, Bischoff et Vierordt, que le poids du « sang représente environ la treizième partie du poids total « du corps, le poids du sang chez un nouveau-né pesant « 3 kilogr. 500 serait de 270 grammes $\left(\frac{3500}{13} = 269 \text{ gr. } 2\right)$. « Lui enlever 92 grammes serait lui ôter le tiers de la quantité « de sang que contiennent ses vaisseaux. » Et il a ajouté : « *Mais* ainsi que Claude Bernard et Longet le font remarquer, « il est difficile, sinon impossible, d'évaluer d'une façon exacte « le poids du sang contenu dans l'organisme, poids qui varie « du reste avec la plus grande facilité. »

Schücking qui considère le sang des vaisseaux utéro-placentaires comme appartenant au fœtus, loin d'admettre pour le sang du fœtus la proportion de 1/19 relativement au poids de son corps, dit : « J'ai assurément raison d'admettre que l'estimation de Welcker (qui porte au 1/19 du poids total de l'enfant,

celui de son sang), se rapportant à des enfants dont *le cordon a été lié trop hâtivement, n'exprime pas l'état normal.* »

Faut-il donc admettre que M. Porak, qui doit savoir la langue française et qui connaît si bien la langue allemande, a commis un double contre-sens?

Les différentes recherches que nous venons de rappeler confirment donc pleinement le fait indiqué par Budin, relativement aux profits ou aux pertes qui, pour l'enfant, dépendent du moment où l'on pratique la ligature du cordon.

Mais si tout le monde est d'accord sur le fait, les avis diffèrent quant à son interprétation physiologique. Nous avons vu que Budin invoquait, comme cause de la pénétration du sang dans le système vasculaire du fœtus, l'aspiration, l'appel faits au moment de la première inspiration par la dilatation des poumons.

Cet afflux dont va bénéficier l'enfant, ayant sa cause déterminante dans les nouvelles fonctions du fœtus lui-même, serait donc absolument physiologique.

Schücking repousse cette explication. Pour lui, l'introduction, chez l'enfant, du sang tenu en réserve (*Reservblut*) dans les vaisseaux placentaires, sang qui lui appartient en propre, et dont il a besoin au moment où il entre dans le monde extérieur, serait déterminée par une cause maternelle. Ce n'est pas qu'il refuse absolument toute influence à l'aspiration horacique, mais pour lui la cause principale réside dans la contraction utérine. Les faits d'expérience qu'il invoque pour faire prévaloir cette opinion peuvent, croyons-nous, recevoir une interprétation opposée.

1° Dans trois de ses observations (obs. 2, 3, 4) de pesées, il a été témoin du fait suivant : 20 à 30 secondes après la naissance, il se produisit une légère diminution du poids de l'enfant. Cet abaissement fut très-passager, et suivi d'un mouvement ascensionnel marqué.

Il croit pouvoir attribuer ce phénomène à une sorte de torpeur de l'utérus surpris par une déplétion trop rapide, ou à

une pression négative (aspiration) plus forte que l'aspiration thoracique.

Schücking est, on le voit, amené malgré lui à compter avec l'influence de l'aspiration thoracique.

2° Il comprime le cordon immédiatement après la naissance de l'enfant. Pendant qu'il le tient solidement pincé, il expulse le plus rapidement possible le placenta en pratiquant l'expression utérine. Il cesse alors de comprimer le cordon et laisse le placenta à côté de l'enfant : « celui-ci respirait fort, *la réplétion « du cordon diminuait dans la portion la plus rapprochée de « l'enfant.* » Après 7 minutes, il sectionne le cordon entre deux ligatures, il ouvre ensuite la veine ombilicale près du placenta, et recueille dans un cas 65 grammes, dans un autre 52 grammes de sang, c'est-à-dire la moitié du *Reservblut.*

Il s'autorise de ces deux expériences pour repousser l'influence de la respiration. Si le sang a pénétré dans le corps de l'enfant, c'est grâce à la tension qu'il avait acquise dans le cordon, par suite de l'expression utérine. Il s'est porté du côté où il y avait le moins d'obstacles.

Ces deux expériences sont loin d'être concluantes. Si la tension du sang du cordon s'est accrue pendant l'expression utérine, la pression qu'avait subie le placenta, cessant par le fait même de son expulsion, l'excès de tension du sang du cordon disparaît du même coup. Où est alors le moindre obstacle? Du côté des vaisseaux du placenta, masse inerte, ou du côté de l'appareil circulatoire du fœtus? Et si du sang a pénétré dans son appareil circulatoire, quelle autre force que l'aspiration thoracique a pu l'y pousser?

3° Schücking mesure à l'aide d'un petit manomètre à mercure la pression du sang de la veine ombilicale et la trouve égale à 30 millim. 30, à 35 millim. alors que le placenta est dans le vagin; tandis que lorsque celui-ci est contenu dans l'utérus, la pression s'élève à 40 millim., à 45 millim. dans l'intervalle des contractions, et à 85 millim. et 100 millim. pendant la contraction.

Cette pression est telle, dit Schücking, qu'elle suffit à chas-

ser tout le sang en réserve dans le système circulatoire de l'enfant, que celui-ci respire, ou qu'il soit en état d'asphyxie. Il est facile de remarquer qu'à l'état de repos, l'action compressive de l'utérus se réduit à bien peu de chose, 5 à 10 millim., puisque la tension de la veine ombilicale correspond à 30 ou 35 millim., lorsque le placenta se trouve dans un conduit qui ne peut plus guère être contractile : le vagin.

M. Porak adopte le mécanisme imaginé et défendu par Schücking, avec cette nuance que le sang est poussé *violemment* par l'utérus dans les vaisseaux de l'enfant.

Et il s'appuie sur les remarques suivantes :

« Lorsqu'on observe ce qui se passe après le dégagement du « corps de l'enfant, on constate du côté du cordon, d'abord la « cessation des battements des artères ombilicales le long de « la tige funiculaire. Le cordon est bleuâtre, turgide. Dès que « les artères cessent de battre, il ne s'affaisse pas dans toutes « ses parties *comme l'a observé Budin :* il s'affaisse seulement « dans sa partie artérielle, la veine reste au contraire gonflée « et forme un cordon hélicoïde turgescent et bleuâtre, dis- « tendu autour du reste du cordon qui est pâle et affaissé. Cet « état persiste 1 à 2 minutes... Mais tandis que la partie « artérielle est absolument exsangue à partir de la deuxième « minute, la veine reste toujours distendue par le sang. Com- « ment s'expliquer ces phénomènes? Ils sont bien simples. « Dans les deux premières minutes, le cœur fœtal envoie à « chaque systole une certaine quantité de sang dans le cordon « ombilical; l'utérus, *relâché d'abord* pendant un temps très- « court, 1/4, 1/2 minute, ne comprime pas beaucoup le pla- « centa, et le fœtus *perd du sang* et du poids (Schücking), puis « l'utérus *se contracte et se rétracte* et il fait *violemment* péné- « trer dans le corps de l'enfant le sang contenu dans le pla- « centa qu'il exprime comme une éponge. Quelle comparaison « peut-on établir entre ces deux muscles : le cœur du nouveau- « né et l'utérus de la mère? »

Aucune assurément. Mais si cette dernière proposition de

notre collègue est inattaquable, il n'en est pas de même de quelques autres qui la précèdent.

Nous ne lui dirons pas que cet affaissement en deux temps du cordon n'existe pas, puisqu'il dit l'avoir constaté ; mais qu'en échange, il nous accorde que le contraire peut exister aussi, puisque Budin et nous-même l'avons presque constamment observé.

Nous lui pardonnons moins facilement d'établir en principe la constance d'un fait qu'il sait fort bien n'avoir été vu par Schücking que dans trois expériences (les seules que cite d'ailleurs Porak), qui n'ont été observées que par l'auteur allemand et que M. Porak ne s'est pas donné la peine de vérifier. Nous parlons de cette diminution légère et fugace dans le poids des enfants.

« ...*Puis, l'utérus se contracte et se rétracte...* » La contraction, après la sortie de l'enfant, précède donc la rétraction? Voilà qui nous brouille avec les enseignements classiques. Mais si M. Porak l'a observé?...

Notre collègue a d'autres arguments en main : « Si l'on com-
« prime la veine au-dessus de l'ombilic, le sang qui se trouve
« situé entre l'ombilic et le point comprimé est-il aspiré par le
« thorax? En aucune façon ; la veine reste aussi distendue que
« si l'enfant ne respirait pas. »

A cette assertion, nous opposons les deux expériences de Schücking, dont il a été question plus haut.

« Que l'on exprime le cordon, dit-il encore, de façon à faire
« pénétrer le sang dans le corps de l'enfant, ainsi que je l'ai
« indiqué dans les observations d'un de mes tableaux, on voit
« que la veine, affaissée par la pression, se distend aussitôt
« qu'on ne la comprime plus. D'où vient le sang? Ce n'est pas
« du corps de l'enfant, puisque la pression du doigt lui oppose
« un obstacle insurmontable, mais bien du côté placentaire, et
« il s'accumule en grande quantité dans la veine qui est dis-
« tendue et dure. Il ne peut, bien entendu, être poussé avec
« une pareille *violence* que par la pression utérine. »

La violence reste à démontrer ; mais si la veine ombilicale



est ainsi vidée, elle doit se remplir en effet, car le placenta est soumis à une pression, ne serait-ce que celle qu'exercent les parois vaginales. Mais avant de poursuivre, notre excellent collègue nous permettra, dès maintenant, de lui soumettre quelques réflexions qui nous viennent à l'esprit :

1° A quel moment apparaît, après l'accouchement, la première contraction utérine? Nous l'avons ordinairement vue se faire attendre 8, 10, 15 minutes. Elle ne peut donc ici être mise en ligne de compte. Mais la rétraction, nous dira-t-il? La rétraction? Est-elle donc si puissante, si violente? Les recherches manométriques de Schücking nous prouvent le contraire.

2° Si c'est par violence que pénètre le sang dans les vaisseaux de l'enfant, ceux-ci doivent tendre constamment à se débarrasser de cet excès dangereux de liquide. Or, si l'on exprime de l'enfant, vers le placenta, le sang contenu dans un segment de cordon, on ne voit jamais les veines de l'enfant se décharger de leur prétendu trop plein dans ce segment où cependant existe le *vide*.

3° Nous conseillerons à M. Porak de faire la petite expérience suivante : si l'enfant respire bien, lorsque les battements du cordon auront cessé, lorsque la contraction utérine aura chassé « *violemment* » le sang du placenta dans le corps du fœtus, qu'il coupe le cordon ombilical, sans faire de ligature. Si le sang a été chassé violemment par la contraction utérine, si le système vasculaire du corps du fœtus est si fortement distendu, en coupant le cordon, le sang va certainement jaillir par les vaisseaux ombilicaux. Qu'il regarde bien, et il ne verra pas s'échapper une goutte de sang.

4° Si c'est par la pression seule de l'utérus que le sang progresse à travers la veine ombilicale, pourquoi le cordon s'affaisse-t-il 2 ou 3 minutes après la naissance dans la partie qui est en dehors des voies génitales?

Mais poursuivons : « La veine elle-même, écrit M. Porak, au bout d'un certain temps est moins distendue; lorsqu'on la comprime, au lieu d'y sentir cette rénitence particulière, on

reconnaît que le sang qui y est contenu ne s'y trouve plus maintenu à la même tension. *Alors peuvent intervenir pour une part l'aspiration thoracique, pour une certaine part l'élasticité et la contractilité du vaisseau, et aussi la pression moindre de l'utérus sur le placenta.* »

Eh! quoi, c'est au moment où l'utérus a épuisé toutes ses *violences* pour faire pénétrer *de force* peut-être 85 grammes de sang dans le corps de ce malheureux enfant, que l'aspiration thoracique, jusqu'alors si accessoire, si impuissante, intervient!

Et à quel moment? Alors que les poumons fonctionnent depuis trois à quatre minutes; alors que les vaisseaux pulmonaires se sont remplis, alors que l'équilibre un instant rompu par la dilatation du thorax s'est fait dans la circulation du nouveau-né; c'est-à-dire au moment où l'influence de l'aspiration thoracique est devenue insignifiante sinon absolument nulle!

Mais ce serait alors l'aspiration thoracique qui serait dangereuse, et menacerait de rupture les parois des vaisseaux, en achevant de remplir ceux-ci «*déjà considérablement* distendus, par toutes les *violences* utérines! »

Voilà certes un précieux argument qui montrerait toute la puisssance de l'aspiration thoracique. Mais nous ne nous serions jamais attendu à le rencontrer sous la plume même de M. Porak.

S'il nous faut, après cet exposé détaillé des diverses opinions, formuler notre appréciation personnelle, nous dirons que nous nous rallions entièrement à la théorie physiologique de M. Budin. La pénétration du sang des vaisseaux fœto-placentaires se fait sous l'influence de l'appel produit par la dilatation du thorax ; nous ne croyons pas cependant devoir refuser une certaine force adjuvante à l'action de l'utérus.

Cette discussion qui a pu paraître longue n'est cependant point, ainsi que le dit justement M. Porak : « une discussion « de détail ; elle intéresse le fond même de la question. Si en « effet le sang pénètre simplement par aspiration thoracique, « il y a de grandes chances pour qu'il n'en pénètre que juste la

« quantité qui peut se loger dans le poumon dilaté, et la pra-
« tique recommandée par Budin est bonne. Si, au contraire,
« le sang est poussé *violemment* dans l'appareil respiratoire de
« façon à le distendre dans toute son étendue, et à se loger
« non-seulement dans les capillaires pulmonaires, mais encore
« dans tous les capillaires, la ligature tardive devient une pra-
« tique d'une valeur au moins très-contestable. »

Nous savons maintenant ce qu'il faut penser des *violences* de l'utérus.

La valeur de la ligature tardive ne devait pas se juger seulement par la voie expérimentale.

L'observation clinique devait être appelée en témoignage.

Les enfants nouveau-nés qui ont bénéficié d'une ligature tardive sont rouges, ils s'agitent avec des mouvements très-vifs; les téguments de ceux chez lesquels par contre le cordon a été lié immédiatement sont pâles ou simplement rosés; leurs mouvements sont beaucoup moins énergiques. Cette différence, que nous avons été maintes fois à même d'observer, avait été signalée par M. Budin; Schücking consigne expressément l'état des enfants soumis à son observation : les uns sont rouges, vigoureux, actifs ; les autres pâles, apathiques.

M. Porak, craignant que par la ligature tardive on ne donne à l'enfant une notable quantité de sang *en trop*, s'effraie de la teinte rouge des téguments.

Il est vrai qu'il admet que lorsque l'enfant vient au monde il est *pâle*, que sous l'influence de l'air (?) ses capillaires cutanés se congestionnent très-vivement.

Or, dit-il après la ligature tardive « du côté de l'enfant, que
« voyons-nous? Il rougit et il rougit considérablement... plu-
« sieurs fois cette rougeur prit une teinte livide, l'enfant pré-
« senta une anxiété respiratoire évidente, *sa bouche se remplit*
« *de mucosités abondantes.* »

Une fois ces phénomènes furent si frappants, le danger s'imposait tellement à l'esprit des assistants qu'on se hâta de faire la ligature du cordon.

Ni Budin, ni Schücking, ni Hélot, ni Hofmeier, ni nous-

même, n'avons jamais rien observé d'analogue, mais nous avouons qu'en pareille occurrence nous aurions commencé par débarrasser la bouche et l'arrière-gorge des *mucosités abondantes* qui devaient bien entrer pour une certaine part dans l'anxiété respiratoire de l'enfant.

Nous avons vu plus haut ce que conseille M. Budin dans les cas où le nouveau-né est en état d'asphyxie. Schücking, qui avant tout redoute pour l'enfant l'anémie, reproduit exactement les idées et les préceptes de notre excellent ami, et développe à son tour assez longuement les raisons qui militent en faveur de cette manière de faire.

« Par la ligature immédiate, dit l'auteur allemand, l'on fait « perdre à l'enfant la moitié environ de son sang.

« Le laisse-t-on en outre, comme le conseille Schultze, perdre « 30 grammes de sang par l'ombilic, on prend plus des deux « tiers du sang du fœtus. Si l'enfant est cependant rappelé à « la vie, on doit s'étonner de sa résistance aux pertes de sang, « résistance qui surpasse bien notablement celle de la mère. « Quelle femme supporterait une saignée de 8 livres ? Schultze « craint la réplétion exagérée du cœur chez un nouveau-né « axphyxié, et pense qu'on doit en favoriser la déplétion. Mais « ne sait-on pas avec quelle rapidité le système vasculaire s'ac- « commode d'un excès de son contenu ? Poink double par une « injection la quantité de sang que possède un chien, et n'ob- « serve chez celui-ci aucun trouble. »

Schücking oppose à Schultze la théorie suivante à laquelle, dit-il lui-même, on ne peut refuser le mérite de la simplicité. Nous allons voir l'aspiration thoracique intervenir, bien malgré l'auteur sans doute : « Par le fait de l'établissement de la fonc- « tion respiratoire, l'ensemble des conditions de tension dans la « circulation de l'enfant se trouve modifié.

« La diminution de pression dans la cavité thoracique qui « en résulte détermine un afflux sanguin dans tous les vais- « seaux intra-thoraciques, tandis que hors du thorax la pression « se trouve diminuée. L'équilibre un instant rompu se rétablit « grâce à l'apport du liquide qui se fait par la veine ombilicale.

« Il est vraisemblable que cet apport de sang après l'accouche-
« ment en irriguant la moelle produit sur elle une excitation
« qui aide à la première inspiration.

« Vient-on à lier le cordon immédiatement et en outre à pra-
« tiquer une saignée du cordon, cet équilibre ne peut se réta-
« blir aux dépens du *Reservblut*. Le courant d'appel thoracique
« qui succède à la première respiration prive la moelle d'une
« partie du liquide sanguin qui lui est destiné. Son excitabilité
« se trouve par suite diminuée. L'accumulation d'acide car-
« bonique dans le sang finit par l'exciter de nouveau. Mais les
« poumons se dilatant de plus en plus, dans les respirations
« ultérieures, l'afflux sanguin augmente dans le thorax ; et le
« sang qui irrigue la moelle est de moins en moins abondant.
« Les périodes de repos de la moelle deviennent de plus en
« plus espacées, les inspirations de plus en plus faibles jusqu'à
« ce qu'enfin l'enfant succombe.

« Dans de pareilles conditions on conçoit que plus les inspi-
« rations seront profondes et espacées, plus elles seront défavo-
« rables. Des inspirations superficielles et rapides sont moins
« dangereuses.

« Ceci concorde avec la remarque de Fritsch (*Lehrbuch der Ge-
« bur.* oper. II aufl.) à savoir que chez les nouveau-nés en état
« d'axphyxie, des inspirations profondes, convulsives, doivent
« faire porter un pronostic plus fâcheux que des inspirations
« superficielles d'abord, et progressivement plus profondes. »

L'auteur montre enfin comment, par la ligature immédiate et *à fortiori* la saignée du cordon, on s'oppose à la fermeture du trou ovale, et comment le sang de la veine cave inférieure continue à passer en partie dans l'oreillette gauche, grâce à la faible pression du sang qui est contenu dans cette oreillette.

Toute différente est l'opinion formulée par M. Porak.

Il vaut mieux selon lui faire une saignée du cordon *prudente, peu abondante* qu'une ligature tardive.

Il croit avoir, à cet égard, des faits d'observation probants ur lesquels nous reviendrons) à opposer à ceux de Budin, du

Schücking, mais, on le voit, la même crainte théorique le domine.

M. Porak confond bien à tort, d'ailleurs, *l'axphyxie* et *la congestion* :

« S'il est toujours excusable, dit-il, de suivre les enseignements « des maîtres..., certes cette excuse est valable lorsqu'on pra- « tique la saignée du cordon dans l'état désigné sous le nom « d'*asphyxie bleue* des nouveau-nés.

« Si l'on veut lire les auteurs anciens depuis Levret, on y « verra l'importance qu'ils attachent à la *congestion* chez le « fœtus et la conviction profonde qu'ils ont de l'utilité de la « saignée du cordon. »

Méconnaissant les travaux modernes et la distinction établie maintenant entre l'asphyxie et la congestion, M. Porak est bien plus touché de l'observation « *séculaire* » des anciens accoucheurs, que des observations encore « *trop récentes* » de MM. Budin et Schücking; comme si un fait bien vu, observé de bonne foi, avait besoin de l'avoir été il y a quelques siècles pour posséder toute sa valeur scientifique?

En résumé, *aucun fait* n'est venu jusqu'ici démontrer qu'il y ait un danger *immédiat* à laisser les nouveau-nés bien portants ou en état d'axphyxie en communication avec le placenta, jusqu'à ce qu'ils y aient puisé la presque totalité du sang contenu dans les vaisseaux placentaires.

Les faits sont nombreux qui prouvent au contraire les avantages immédiats de cette méthode.

Ces avantages persistent-ils dans es jours qui suivent la naissance?

Ou bien l'économie de l'enfant, momentanément surchargée, se débarrasse-t-elle le plus tôt possible de son excès de sang?

Et dans ce cas, ne peut-on craindre qu'elle n'ait quelque peine à s'en débarrasser, et que l'élimination de 92 grammes de sang ne se fasse pas sans causer quelque préjudice à la santé de l'enfant?

Tels sont les points dont nous devons maintenant chercher la solution.

Faisons remarquer de suite que la différence dans la coloration des téguments ne s'efface pas, mais reste tout aussi accentuée dans les jours qui suivent la naissance. C'est là un fait d'observation que Schücking a noté, que M. Porak lui-même a remarqué, et que nous avons constaté nous aussi plus d'une fois.

Dans un cas en particulier, il s'agissait de deux jumeaux, dont l'un avait profité de tout son sang, tandis que l'autre en avait été privé par une ligature immédiate.

Plusieurs jours après, le premier était remarquablement coloré et vif. L'autre au teint de vieille cire jaunie n'avait que des mouvements sans vigueur.

Mais il est un autre moyen moins discutable que le « *de gustibus et coloribus*, » qui pourra faire juger la question.

M. Budin regrettait de n'avoir pu suivre les enfants dont il avait noté le poids à la naissance, de façon à s'assurer de l'influence du mode de ligature sur leur développement ultérieur.

C'est en effet à la balance qu'il faut recourir ; mais les résultats qu'elle fournit ne doivent être acceptés comme véridiques qu'autant qu'on s'est mis le plus possible à l'abri des nombreuses chances d'erreurs résultant des différences qu'entraînent le mode d'alimentation de l'enfant, des soins qui lui sont donnés, de l'état de la mère, etc.

Nous ne parlons pas, tant les écarts qui en résultent sont considérables, de pesées faites par différentes personnes, de pesées irrégulières et non quotidiennes, etc., etc...

Pour ne citer qu'un exemple, nous indiquerons de suite les pesées comparatives de deux jumeaux (voir tableau A, n°s 26 et 27) chez lesquels la ligature immédiate a été pratiquée. Leur mère avait une légère bronchite, mais les allaitait également l'un et l'autre ; même lait, mêmes soins, même hygiène, et cependant nous voyons que le premier, qui pesait 2950 gr. au moment de la naissance, n'accusait plus que 2940 grammes dix jours plus tard, tandis que le second, dont le poids n'était d'abord que de 2880 grammes, avait gagné 50 grammes à la même date.

Schücking en opérant sur un nombre d'enfants, à la vérité assez restreint, a trouvé que la plupart de ceux dont on a lié le cordon immédiatement ont regagné leur poids primitif du 10e au 16e jour de leur existence; les enfants à ligature tardive l'ont regagné au contraire du 4e au 6e jour.

D'autre part, Zweifel est arrivé aux conclusions suivantes : chez 11 enfants à ligature tardive, la perte moyenne a été dans les jours qui ont suivi la naissance de 156 grammes en moyenne; et chez 25 enfants à ligature immédiate, de 211 grammes. Différence 54 gr. 3. Il fait à ce propos remarquer que la perte indiquée par les auteurs, comme habituelle, répond à 220 gr.

Hofmeier a été assez heureux pour pouvoir suivre 90 enfants qu'il a divisés en 2 séries, la première comprenant 50, la seconde 40 cas.

Dans chacune d'elles il y a eu un nombre égal de ligature de chaque espèce. Il a eu bien soin de ne prendre que des enfants à terme, normaux, allaités par leur mère bien portante; et il a obtenu dans chacune de ses séries le même résultat :

Les enfants à ligature tardive perdent 1 pour 100 de leur poids de moins que les enfants à ligature hâtive.

Il fait remarquer en outre, ce qui s'accorde bien avec les résultats de Zweifel, que le moment, où l'enfant cessant de perdre du poids commence à en gagner, se montre plus tôt chez les premiers que chez les seconds.

Ils ont à cet égard une avance d'un tiers ou d'un demi-jour.

M. Porak a pu opérer sur une échelle encore plus large. Il a pesé, en effet, 168 enfants qu'il a répartis en 7 catégories numériquement très-inégales, suivant que les enfants 1° avaient eu une hémorrhagie par le cordon : où que le cordon avait été lié 2° immédiatement; 3° dans le cours de la première minute; 4° à la deuxième minute; 5° après l'expression utérine; 6° après l'expression du cordon et enfin 7° deux minutes après la cessation des battements de la tige funiculaire. Les résultats auxquels il est arrivé sont tout à fait inattendus : « Si l'on pre-« nait la moyenne générale des enfants des 4 premières caté-« gories, le profit des enfants pourrait être évalué à 84 gr.

« *à peu près;* si l'on prenait la moyenne générale des 3 der-
« nières catégories, des ligatures tardives, le profit des enfants
« est bien inférieur : il peut être évalué à 15 grammes *à peu*
« *près*. Ce résultat avec cet écart de 84 à 15 me paraît concluant
« (p. 43).

« On ne peut pas, d'après les chiffres donnés à propos des *li-*
« *gatures tardives*, juger quelle est la moins mauvaise d'entre
« elles.

« Il n'en est pas de même pour les ligatures rapides; il est
« évident que l'enfant qui a perdu du sang gagne moins de
« poids que celui dont on a fait la ligature du cordon immé-
« diatement après la naissance. Il n'y a pas de différence no-
« table entre la santé des enfants à ligature immédiate et celle
« des enfants à ligature dans le cours de la première minute.

« Les enfants, au contraire, dont on a fait la ligature à la
« deuxième minute gagnent plus de poids que les précédents.

« Il semble donc que c'est *vers* la deuxième minute que l'en-
« fant acquiert la quantité de sang qu'il doit avoir physiolo-
« giquement. Lier plus tôt, lier plus tard les mettent dans de
« moins bonnes conditions. »

Nous n'aurions qu'à nous incliner devant l'éloquence du nombre des recherches de notre collègue si celles-ci avaient été faites dans les conditions d'exactitude auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure, mais il est loin d'en avoir été ainsi.

D'une façon générale, nous lui reprocherons, en effet : 1° d'avoir classé parmi les ligatures immédiates les ligatures après une et deux minutes, alors que ce dernier laps de temps suffit souvent à l'extinction des battements du cordon (Budin) et par conséquent permet à la majeure partie du sang du placenta de pénétrer dans le corps de l'enfant, ainsi que cela résulte également des expériences de Schücking.

2° De ne pas indiquer ce qu'il serait très-important de savoir : si les battements du cordon avaient cessé, et depuis combien de temps, au moment où il pratiquait la délivrance par expression utérine.

3° De n'avoir tenu compte ni de l'âge, ni de l'état de l'enfant,

ni du genre d'allaitement, de telle sorte qu'à côté d'enfants nés avant terme, on voit figurer des enfants malades, soignés à la crèche, atteints de diarrhée, etc.

4° De n'avoir pas tenu compte de l'état de la mère.

5° De s'appuyer sur des pesées faites tantôt par une sage-femme, tantôt par lui-même.

6° De n'avoir pas fait de pesées quotidiennes, mais d'y avoir procédé très-irrégulièrement ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur ses tableaux.

7° Et par suite d'avoir dû réunir dans une seule moyenne finale les pesées correspondant au 8e, au 9e ou au 10e jour.

Les enfants pouvant à cet âge s'accroître d'une vingtaine de grammes par jour, il en résulte que les chiffres obtenus les 8e, 9e, 10e jours ne sont pas comparables, et faussent complétement la statistique sur laquelle reposent les conclusions de l'auteur.

8° Enfin, d'avoir fixé arbitrairement à 200 grammes la perte que peut subir en huit, neuf ou dix jours un enfant, sans pouvoir être considéré comme malade.

Nous avons eu la curiosité d'examiner attentivement les *observations d'enfants qui ont eu des hémorrhagies le premier jour de la naissance.*

Ce sont celles sur lesquelles M. Porak se fonde pour admettre « *qu'il vaut mieux faire une saignée prudente, peu abondante* « qu'une ligature tardive dans les cas d'asphyxie bleue ; » et pour écrire : « On a fait éprouver à ces enfants une hé« morrhagie comparable à une saignée de 2,500 grammes et « même 3,000 grammes chez l'adulte ; on leur a soustrait les « deux tiers de leur sang, et cependant ces enfants se portent « *relativement bien ;* ils se portent mieux que dans le cas de liga« ture tardive. »

Les dix observations de cette catégorie comprennent deux cas (obs. V et IX), dans lesquels du sang s'est écoulé par le cordon à la suite d'une ligature mal faite. Mais y avait-il eu ligature immédiate ou ligature tardive ? C'est ce que l'auteur a eu le tort de ne pas noter.

Les 8 autres observations se rapportent à des faits de circu-

laires assez serrés autour du cou de l'enfant pour avoir rendu nécessaire la section hâtive du cordon, section suivie d'une perte de sang plus ou moins notable.

L'augmention moyenne du poids de ces enfants serait, d'après M. Porack de + 60.

Or,	le 1er	enfant	gagne	au	10e jour	30	grammes.
	le 2^e	—	—		10e —	110	—
	le 3^e	—	—		7e —	55	—
	le 5^e	—	—		9e —	360	—
Mais,	le 4^e	enfant	perd	au	10e jour	50	grammes.
	le 6^e	—	—		6e —	50	—
	le 7^e	—	—		6e —	140	—
	le 8^e	—	—		11e —	160	—
	le 9^e	—	—		10e —	270	—
					15e —	250	—
	le 10^e	—	meurt	le	12e jour.		

Récapitulons : Nous voyons que 4 enfants ont gagné ensemble 555 grammes au bout de 36 jours, soit en moyenne 138 gr. 7 en 9 jours, et que les autres perdaient, au moment de leur dernière pesée, 670 gr. en 43 jours, soit en moyenne 134 gr. en 8 jours et demi. Enfin, le dernier a succombé. Ce n'est donc pas + 60 qu'il faut inscrire au profit de ces enfants, mais + 4, ce qui est insignifiant. Sont-ce donc là des enfants qui se portent *relativement bien ?*

M. Porak nous objectera peut-être qu'il élimine la 9e observation (et, en effet, son tableau statistique ne porte que 8 cas) comme indiquant une perte supérieure à 200 gr., ce qui, d'après lui-même, veut dire : enfant malade. Mais même en admettant cette exclusion, contre laquelle nous protestons, on n'arrive qu'à un avantage de 38 gr., et non 60, au profit de ces enfants.

De quelque façon que nous torturions les chiffres, il nous est impossible, à notre regret, d'obtenir le chiffre 60.

Et voilà la statistique dont M. Porak s'autorise pour AFFIR-

MER que *le sang est loin d'avoir chez le nouveau-né l'importance qu'il a chez l'adulte ; qu'il est même plus dangereux de faire perdre un peu de sang à l'enfant que de lui en donner trop*. (P. 43.)

Il nous a paru intéressant de rechercher dans la thèse inaugurale de M. Budin les poids successifs des enfants qui ont servi à ses expériences sur la ligature du cordon, et nous avons constaté que ces pesées, prises dans un tout autre but, se rapprochaient des chiffres obtenus par Schücking, Zweifel, Hofmeier et par nous-même. Neuf enfants à ligature tardive perdent en 172 heures 111 gr. 6. Quinze enfants à ligature immédiate perdent 163 gr. pour 170 heures ; et, enfin, 6 enfants dont la ligature a éte faite avant la cessation des pulsations funiculaires, 193 gr. pour 177 heures.

En 1877, alors que nous avions le précieux honneur d'être l'interne de M. Tarnier, nous avons, — ignorant complétement les recherches que notre collégue Porak entreprenait dans le même temps à l'hôpital Cochin, — nous avons, disons-nous, noté depuis le moment de la naissance jusqu'au jour de l'exeat, le poids de 104 enfants dont 61 avaient eu une ligature immédiate, et 43 une ligature tardive du cordon.

Ces deux catégories d'enfants, à terme et bien portants, ont été subdiviseés l'une et l'autre en deux séries, suivant que eurs mères n'ont eu, pendant leurs suites de couches, aucun accident, ou que, au contraire, elles ont eu à souffrir de quelques affections : bronchite, gerçures, lymphangite du sein, eschares à la vulve, diarrhée, suffisantes pour ne plus considérer comme étant dans un état normal, mais assez peu sérieuses cependant pour ne pas les empêcher de nourrir leurs enfants exclusivement au sein. Les pesées ont été faites régulièrement chaque jour avec une balance *oscillante* et *sensible* à 5 grammes. Nous avons résumé ces observations dans les quatre tableaux qui suivent

Tableau A. Ligature immédiate. Mères malades.

NOMS.	N°s	Naissance.	1er j.	2e jour	3e jour	4e jour	5e jour	6e jour	7e jour	8e jour	9e jour	10e j.	11e	12
Trou.....	1	3480	3410	3400	3500	3460	3580	3550	3510	3540	3530			
Pab.... .	2	27:5	2603	2630	2730	2670	2610	2700	2800	2850				
Chal.....	3	2895	2740	2680	2520	2610	2620	2630	2580	2520	2490	2450	2530	[illegible]
Quen.....	4	3810	3610	3440	3340	3360	3430	3450	3430	3410	3460	3450	3390	[illegible]
Canne....	5	2800	2720	2650	2500	2430	2360	2280	2360	2420	2470	2430	2480	[illegible]
Bout.....	6	2570	2420	2360	2170	2270	2230	2380	2340	2330	2340	2350	2410	[illegible]
Goss.....	7	3110	3000	2870	2950	3000	3090	3090	3180	3180	3180	3190	3180	
Beaud....	8	3320	3150	3080	3200	3330	3400	3430	3470	3400	3380	3380		
Gerb... .	9	2950	2830	2730	2580	2470	2690	2650	2620	2570	2600	2540	2440	[illegible]
Sme......	10	3980	3810	3770	3650	3670	3500	3560	3560	3570	3550			
Lam.....	11	3550	3320	3280	3230	3120	3080	3140						
Charl....	12	3520	3440	3320	3290	3340	3340	3330	3300	3330	3200	3190	3160	[illegible]
Fav......	13	2600	2520	2350	2280	2230	2160	2160	2190	2210	2220	2230	2230	
Moni.....	14	3490	3360	3210	3<60	3300	3390	3420	3420	3520				
Mav.....	15	?430	3190	3090	3065	3070	3100	3040	3060	3030	3030	3080	3000	[illegible]
Jean.....	16	3240	3120	3120	3280	3240	3300	3210	3150	3130	3090	3060		
Goet.....	17	3150	2950	2840	2870	2910	2950	3020	2990	3030	3150			
Mass.....	18	3245	3120	3000	2990	2980	3040	2980	2980	3030	3190			
Agen.....	19	3050	2910	2820	2790	2710	2620	2540	2440	2380	2290			
Romp....	20	3550	3360	3280	3240	3290	3330	3380	3400					
Deli......	21	3510	3310	3280	3430	3570	3630	3690	3680	3740	3820			
Roll......	22	3160	3030	3910	2880	2940	3040							
Lamb....	23	2560	2480	2400	2510	2520	2640	2750	2800	2900				
Comt.....	24	2120	2020	1960	2000	2000	2080	2100	2100	2160				
Cope.....	25	3540	3540	3320	3250	3320	3320	3330	3310	3250	3220			
Robit....	26	2930	2760	2660	2680	2750	2780	2805	2845	2830	2880	2940		
Robit....	27	2830	2760	2700	2740	2760	2780	2785	2890	2880	2945	3030		
Fum.....	28	3280	3200	3090	3140	3200	3250	3320	3385	3460	3505			
Bigea. ...	29	3340	3160	3100	3000	2930	2865	2720	2710					
Reist.....	30	3280	3150	3220	3180	3260	3460	3490	3420	3555	3560	8650		
Rupp.....	31	3160	3000	3110	2840	2820	2805	2855	2895	2835				
Locq. ...	32	2790	2720	2600	2520	2590	2470	2450	2460	2530	2580	2480		
Jacq.....	33	3280	3040	3010	3120	3090	3155	3450	3205	3190	3150	3190		
Delp....	34	3090	2980	2960	3180	3220	3125	2245	3290	3290	3350	3300		
Sall......	35	2990	2910	2840	2840	2900	2900	2920	3000	3040	3100	3100		
Lacaz...	36	2890	2800	2710	2660	2690	2680	2600	2590	2590	2370	2540		
Leh......	37	3130	3000	2920	3030	3020	3010	3100	3180	3190	3230	3310		
Guin.	38	4010	3830	3750	3700	3780	3880	3880	3920	4010	4080			
Moyenne.		3113.5	3030.9	2985.2	2953.5	2971.3	2991.8	3003.5	3012.7	3026.4	3074.8	2944.5		

Tableau B. Ligature immédiate. Mères bien portantes.

NOMS.	N°s.	Naissance.	1er j.	2e jour	3e jour	4e jour	5e jour	6e jour	7e jour	8e jour	9e jour	10e j.	11e	12e
Lebu.....	1	2980	2880	2890	2890	3020	3125	3150	3185	3245	3260	3280		
Dec......	2	3650	3490	3360	3380	3400	3400	3570	3675	3705	3710			
Mar......	3	3185	3120	3080	3120	3190	3265	3330	3410	3491	3500			
Clair.....	4	3525	3320	3220	3180	3140	3390	3450	3400	3430	3420	3380	3380	
Bowm....	5	3080	3930	3010	2760	2830	2730	2760	2660	2580	2550	2580		
Cap......	6	3410	3310	3260	3290	3330	3380	3490						
Brun.....	7	3155	2980	2900	2810	2715	2620	2510	2430	2380				
Clains....	8	3695	3520	3490	3600	3655	3730	3900	3920	4005	4010			
Leluy....	9	3510	3320	3280	3310	3335	3330	3340	3370	3395	3400	3510		
Gois......	10	2220	3990	2860	2620	2775	2810							
Rob......	11	3285	3235	3110	3020	3000	3010	3015						
Coll......	12	3950	3880	3710	3800	3870	4000	4000	4170	4180	4250	4200		
Zil......	13	2095	1910	2000	1960	1990	1995	2155	2070	2070	2250			
Bal......	14	3350	3130	3080	2990	3085	3005	2980	3140	3100	3075	3185		
Gem.. ...	15	3210	3070	3070	3070	3090	3125	3140	3160	3200	3235	3305		
Leva.....	16	3240	3120	3020	2930	2785	2725	2620	2570	2580	3580	2600	2510	
Bourg....	17	2700	2500	2430	2380	2345	2340	2350	2390	2380	2410			
Gran.....	18	3560	3420	3280	3370	3205	3405	3450	3470	3540				
Jard.....	19	2585	2580	2450	2590	2520	2525	2610	2530	2580	2620			
Lecl.....	20	2370	2180	2160	2240	2245	2270	2310	2290	2270	2340			
Burd.....	21	3225	3060	2950	2980	3065	3105	3180	3150	3180	2330	2185		
Huil.....	22	2410	2310	2150	2105	2080	2130	2160	2190	2185	2205	2235		
Four.....	23	2860	2690	2690	2565	2570	2565	2540	2510	2465	2505	2450		
Moyenne..		3141.3	2997.3	2928.2	2920	2923.6	2956	3001.3	2984.5	2998	3035.5	3082		

Tableau C. Ligature tardive. Mères malades.

NOMS.	N°s.	Naissance.	1er j.	2e jour	3e jour	4e jour	5e jour	6e jour	7e jour	8e jour	9e jour	10e j.	11e	12e
Robiq....	1	2620	2500	2400	2370	2375	2370	2440	2460	2430	2410	2380		
Hemer....	2	3610	3470	3360	3340	3425	2490	3510	3580	3590	3510	3450	3130	
Rohr.....	3	2310	2275	2160	2090	2050	2080	2140	2125	2080	2090			
Mitta....	4	3435	3290	3150	3080	3085	3130	3150	3175	3140	3130	3125	3120	3100
Bertr....	5	3140	3070	2950	2980	3040	3060	3135	3180	3140	3130	3135	3130	
Car.....	6	3560	3405	3250	3170	3185	3180	3250	3280	3290	3335			
Beno.....	7	3020	3000	2720	2670	2730	2750	2745	2800	2830	2850	2850		
All......	8	3630	3390	3250	3210	3210								
Catil.....	9	3065	3025	2970	3040	3085	3090	3210	3230	3230	3250	3240		
Jul.......	10	3025	2910	2920	2920	2930	3025	3060	3130	3105	3125	3190		
Smo.....	11	3690	3605	2520	3610	2625	3690	3715	3640	3680	3740	3730		
Garit....	12	2910	2870	2700	2670	2790	2805	2865	2925	2960	3025	3010		
Thing....	13	2305	2210	2205	2230	2350	2380	2510	2570	2640	2670	2730		
Rom.....	14	2910	3680	3575	3560	3555	3560	3625	3640	3645				
And......	15	3015	2940	2835	2790	2885	2970	3020	3050	3080	3110			
Drub.....	16	2750	2620	2360	2580	2600	2670	2640	2650	2650	2700			
Fauc.....	17	4040	3840	3725	3875	4005	4090	4140	4235	4225	4425			
Les......	18	3215	3050	2720	2915	3040	3045	3070	3075	3110	3115	3125		
Noli......	19	2805	2770	2615	2585	2650	2730	2720	2785	2800	2860	2865		
Dup......	20	3270	3115	3010	2900	2815	2760	2790	2635	2550	2520	2585		
Gad......	21	2840	2640	2625	2585	2570	2570	2560	2570	2575	2555	2540		
Vout.....	22	3370	3240	3215	3270	3350	3405	3420	3460	3460	3520	3445		
Vaur.....	23	3140	3020	2990	3000	3000	3000	3040	3000	2975	2925			
Vag......	24	3340	3285	3195	3170	3280	3340	3320	3375	3325	3355	3390		
Moyenne..		3167.2	3050.8	2935	2942	3022.5	3008.2	3046.7	3068.2	3065.6	3061.3	3043		

Tableau D. Ligature tardive. Mères bien portantes.

NOMS.	Nos	Naissance.	1er j.	2e jour	3e jour	4e jour	5e jour	6e jour	7e jour	8e jour	9e jour	10e j.	11e	12e
Charb....	1	2640	2515	2570	2525	2630	2690	2820	2860	2915	2920	2920	2070	
Bern.....	2	2550	2445	2380	2455	2570	2680	2700						
Tess.....	4	3000	2900	2810	2880	2885								
Boss......	4	2665	2480	2410	2370	3295	2460	2440	2460	2430	2560			
Aub......	5	3635	3490	3370	3270	3300	3260	3360	3370	3375	3450	3430		
Redin....	6	2190	3080	3055	3010	3090	3100							
Creuz....	7	2530	2510	3440	2520	2540	2590	2600	2660	2880	2880			
Baup.....	8	3975	3885	3760	3750	3810	3900	3950	3960	3960	4000			
Jol.......	9	3200	3130	3005	3075	3090	3045	3060	3070	3120	3140	3210		
Faur.....	10	3450	3360	3200	3210	3210	3220	3250	3200	3295	3380	3400		
Ravin....	11	3135	3095	3050	3185	3160	3290	3240						
Garif.....	12	3200	3830	2830	2990	2945	3015	3090	3280	3185	3240	3340		
Rob......	13	2635	2490	2500	2630	2680	2720	2780	2780	2740	2810			
Gerb.....	14	2620	2550	2460	2550	2380	2590	2535	2545	2600				
Feney....	15	2535	2480	2450	2290	2225	2250	2320	2410	2420	2445	2520		
Lebr.....	16	2500	2415	2330	2455	2525	2690	2705						
Carr.....	17	3080	3000	2930	2950	3040	3080	3230	3255	3150	3225	3210	3290	
Loub.....	18	3040	2875	2780	2650	2650	2810	2880	2880	2860	2930	3020		
Kieff.....	19	2865	2745	2650	2685	2645	2680	2680	2650	2650	2640	2590		
Moyenne..		2970.8	2908.9	2788.3	2813.1	2828.9	2892.7	2920	2955.7	2963.5	3041.5	3071		

Les enfants du tableau A (ligature immédiate, mère malade) perdent :

Au 8e jour. . . . . . . — 87,1. gr.
Au 9e » . . . . — 38,7. »
Au 10e » . . . . — 169 ». »

Ceux du tableau B (ligature immédiate, mères bien portantes) perdent :

Au 8e jour. . . . . . . — 143,3. gr.
Au 9e » . . . . — 105,8. »
Au 10e » . . . . — 59,3. »

Ceux du tableau C (ligature tardive, méres malades) perdent :

Au 8e jour. . . . . . . — 101,6. gr.
Au 9e » . . . . — 105,9. »
Au 10e » . . . . — 124,2. »

…eau E.

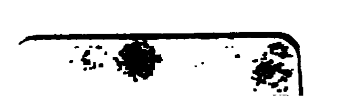
Poids. | 0 | 24h | 48 | 72 | 96 | 120 | 144 | 168 | 192 | 216 | 240

3245
3225
3205
3185
3165
3145
3125
3105
3085
3065
3045
3025
3005
2985
2965
2945
2925
2905
2885
2865
2845
2825
2805
2785
2765

İN'
İM'
TM
İN
İM
TN
TN
İN'
TM
İM

İM .... *Ligatures immédiates ; mères malades.*
İN - - - - - - - - - - - *Ligatures immédiates, mères bien portantes*
TM —.—.—.— *Ligatures tardives ; mères malades.*
TN ———————— *Ligatures tardives, mères bien portantes.*

İM' .... } *Poids qu'auraient dû avoir les enfants* İM *et* İN.
İN' - - - - - - - - }



Ceux du tableau D (ligature tardive, mères bien portantes) perdent :

Au 8e jour. . . . . . — 7,3. gr.

Ils gagnent au contraire :

Au 9e » . . . . . . + 70,3. »
Au 10e » . . . . . . + 100,2. »

Mais, qu'on veuille bien le remarquer, ce n'est pas 3,113 gr. 5 et 3,141 gr. qu'auraient dû peser, en moyenne, les enfants des tableaux A et B. Ils avaient le droit de peser 92 gr. de plus ; c'est-à-dire 3,205 gr. 5, et 3,233 gr. Leur perte est donc de beaucoup supérieure à celle des enfants des tableaux C et D. L'abaissement maximum a été, pour les enfants du tableau A, de 252 gr. 5 et s'est produit le 3e jour qu'a suivi la naissance. Pour les enfants du tableau B, il a été égal à 313 gr. 3 et s'est produit à la même date.

La perte de poids la plus grande subie par les enfants à ligature tardive dont les mères étaient malades s'est abaissée jusqu'à 232 gr. 2, mais s'est montrée, le 2e jour de la vie ; une élévation s'est produite le lendemain. Enfin les enfants à ligature tardive se trouvant dans des conditions absolument normales ont eu aussi, le 2e jour, leur perte maximum égale à 182, gr.5.

La remarque si intéressante d'Hofmeier se trouve ainsi confirmée. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer de quelle importance il peut être, pour un enfant peu vigoureux, de perdre du poids pendant 48 heures et non pendant 72.

Ces différents résultats sont rendus plus frappants dans le tableau E.

Si nous ne prenons que les cas dans lesquels la mère, étant bien portante, une comparaison peut être légitimement faite, nous trouvons ce qui suit :

Lorsque la ligature a été immédiate (tableau B) on trouve dans nos observations, au moment de la naissance, le poids moyen de 3,141 gr,; au 10e jour, le poids moyen chez ces enfants est de 3,082 gr. Le 10e jour, ces enfants pèsent donc

59 gr. de moins que le premier; 92 gr. de sang ont été laissés dans le placenta, au moment de la naissance ils auraient dû peser 3,141 gr.+92, c'est-à-dire 3,233 gr; ils ne pèsent plus que 3,082. On peut donc les considérer comme ayant perdu réellement 151 gr. par suite de la ligature immédiate.

Lorsque la ligature a été tardive (tableau D), nous avons trouvé au moment de la naissance chez nos enfants une moyenne de 2,970 gr. Au 10e jour, ces enfants pesaient 3,071 gr., c'est-à-dire 101 gr. de plus qu'au moment de la naissance. *Les seuls enfants qui au 9e et au 10e jour ont gagné du poids sont donc ceux à ligature tardive.* 151 gr. en moins d'un côté, 101 gr. en plus de l'autre côté, cela fait donc 252 gr. que l'enfant pèse en moins le 10e jour, lorsque la ligature a été immédiate au lieu d'être tardive.

C'est ce qui est indiqué nettement par la comparaison sur le tableau E, entre les points de départ et d'arrivée par la ligne I'N' (ligature immédiate) et la ligne TN (ligature tardive).

Loin de nous, d'ailleurs, la pensée que ces résultats expriment l'absolue vérité. Nous nous sommes efforcé de nous mettre à l'abri d'un certain nombre d'erreurs, mais, en admettant que nous y soyons parvenu, ne peut-il en exister qui nous échappent et sans lesquelles nos chiffres eussent été différents? Nous espérons pourtant pouvoir compter sur les données générales qui en découlent, d'autant qu'elles s'accordent avec les recherches de Budin, Zweifel et Hofmeier.

Nous pourrions à la rigueur nous en tenir, en ce qui concerne l'enfant, à ces conclusions légitimes : que les nouveau-nés à ligature tardive perdent moins de poids, en regagnent plus vite et davantage que les autres.

Mais nous ne pouvons pas ne pas réfuter encore quelques déductions trop absolues que nous trouvons dans la thèse de M. Porak, et ne pas relever un certain nombre de contradictions qui choquent singulièrement. La ligature tardive lui a paru « dans des circonstances exceptionnelles d'ailleurs, favoriser les hémorrhagies. » Il s'agit de vomissements noirâtres (2 cas), d'écoulements sanguins par le vagin (2 cas), de vomissements

noirâtres suivis de mélæna (2 cas). Il est *convaincu* que ces cas d'hémorrhagie doivent être mis à la charge de la ligature tardive, et il base sa conviction sur ce qu'elles apparaissent *immédiatement* ou *rapidement* après la naissance.

Tout d'abord, M. Porak s'est-il assuré que dans les faits de vomissements, l'enfant n'avait pu avaler du sang provenant de quelques gerçures du mamelon ?

Ensuite, si nous comprenons bien le mot *immédiatement*, nous nous demandons ce qu'il faut entendre par *rapidement* après la naissance ? Faut-il admettre 1 heure, 2 heures, 6 heures, 12 heures ou davantage? Notre question a sa raison d'être, car dans ses trois faits d'écoulement sanguin par le vagin, l'accident ne s'est montré que le *lendemain* de la naissance.

Il en est de même pour la seconde observation d'entérorrhagie qu'il rapporte.

Dans la première seulement, « les vomissements *noirâtres*, composés de mucosités *jaunâtres* contenant des *filaments* nombreux *noirs* qui restent sur l'oreiller en le tachant, apparaissent le jour même de l'accouchement. » Mais, combien d'heures après ? La naissance a eu lieu à 4 heures 34 minutes. Est-ce le matin ou le soir ?

L'hémorrhagie avait été peu abondante d'ailleurs, puisque le lendemain l'enfant n'avait perdu que 30 gr. de son poids.

M. Porak dit lui-même « que ces hémorrhagies ont été décrites et observées dans d'autres circonstances »; et il en rapporte un cas.

Nous n'avons trouvé signalés d'accidents analogues à la suite des ligatures tardives par aucun des auteurs que nous avons souvent cités dans le cours de ce travail.

Nous n'en avons, pendant notre année d'internat à la Maternité, observé qu'un seul cas ; et c'était chez un enfant à ligature immédiate.

M. Budin nous a communiqué deux faits, les seuls qu'il ait vus : dans le premier, une hémorrhagie intestinale est survenue chez une petite fille née avant terme (7 mois 1/2) ; le cordon avait été lié 7 minutes après la naissance, bien que les batte-

ments funiculaires persistassent toujours ; dans le second, il y eut un écoulement sanguin par le vagin chez une enfant extraite par le forceps à l'hôpital des Cliniques ; la section du cordon avait été immédiate. Du reste, chacun sait que ces écoulements vulvaires sont loin d'être rares chez les petites filles ; c'est la première fois que nous voyons attribuer leur apparition à la ligature tardive.

Il est enfin un dernier point de la thèse de M. Porak sur lequel nous devons nous arrêter un instant. On lit, page 44 :

« La ligature tardive prédispose l'enfant à l'ictère...... Les « enfants à ligature immédiate jaunissent moins que les « enfants à ligature deux minutes après l'accouchement. Et la « différence dans la fréquence de l'ictère à la suite des liga- « tures rapides et à la suite des ligatures tardives *est très- « notable.* »

Voilà qui est catégorique. Mais, page 45, nous voyons écrit :

« Cependant on peut voir l'ictère le plus intense succéder à « une ligature immédiate et l'absence de jaunisse à la ligature « tardive. Que signifient donc ces faits ? C'est que le mode de « la ligature n'est qu'une *cause accessoire* de l'ictère, que celui- « ci *peut survenir dans des circonstances très-multiples, très-com- « plexes que nous ne connaissons pas.* »

Il faudrait cependant faire un choix entre ces deux phrases qui se suivent mais ne se ressemblent pas.

Si la différence dans la fréquence de l'ictère *est très-notable* suivant le mode de ligature du cordon, ce mode de ligature est plus qu'une *cause accessoire.*

Si, au contraire... mais nous n'insisterons pas.

Retenons seulement du travail de notre collègue « qu'il y a « des cas où il est *très-difficile* d'affirmer absolument qu'un « enfant est atteint d'ictère (et cela justement chez les enfants rouges, les enfants à ligature tardive)... « et qu'il y a des diffi- « cultés pour distinguer l'ictère du 3e degré » (de sa classification).

Nous ne nions pas l'existence de l'ictère ; mais nous sommes loin de lui attribuer une valeur pronostique fâcheuse.

L'ictère s'accompagne-t-il donc de quelques phénomènes graves, inquiétants pour la vie des enfants ?

« Non. Aucun symptôme spécial n'accompagne l'ictère. » (Page 13.)

Cependant « l'ictère est un état pathologique » est-il dit, (Page 23).

Heureusement que (p. 13) « ce symptôme (la coloration de la peau chez les ictériques) « *constitue*, à proprement parler, *à lui* « *seul tout l'état morbide.* »

Et voici qui va nous rassurer plus encore :

« Est-ce à dire » écrit M. Porak (p. 22), « que l'ictère par « lui-même fait courir des *risques à l'enfant? Certainement non ;* « *l'ictère n'est pas une maladie* chez le nouveau-né, ce n'est même pas *un syndrome*, ce n'est qu'un *symptôme.* »

Comment l'ictère peut-il être à la fois un symptôme *qui constitue tout l'état morbide* et un *état pathologique ???* Nous ne nous chargeons pas de l'expliquer.

Sur quoi se fonde donc M. Porak pour incriminer encore la ligature tardive?

Sur ceci : « que plus l'ictère est prononcé, moins la moyenne « des profits en 9 jours (pardon : en 8, 9 ou 10 jours) est favo- « rable ; plus la moyenne de ses pertes est considérable. » (Page 22.)

Ce que nous avons dit de la valeur des pesées fournies par M. Porak nous permet de ne point accepter la conclusion qui précède.

Notre collègue serait d'ailleurs peut-être embarrassé d'accorder les phrases que nous venons de citer avec cette autre (p. 71) : « L'enseignement que je déduis du travail de Kehrer, « quoique l'auteur ne pose pas ses conclusions dans les mêmes « termes que moi, c'est que tous *les enfants débiles*, *tous les* « *enfants qui ont souffert sont plus sujets à l'ictère.* »

S'ils ont de l'ictère parce qu'ils sont *débiles*, les enfants qui, par la ligature tardive, gagnent 92 gr. de sang et qui, par leur teint, par la vivacité et l'énergie de leurs mouvements témoi-

gnent de la force et non de la *débilité*, ne devraient pas jaunir.

La réciproque s'impose d'elle-même.

Pour terminer, il nous reste à signaler les résultats auxquels est arrivé Schücking relativement à la facilité différente que l'on éprouve à faire la délivrance suivant que l'un ou l'autre mode de ligature a été mis en usage. Il ne s'occupe pas du décollement placentaire mais se place, de même que Budin, simplement au point de vue des difficultés du passage de cet organe à travers l'orifice interne du col.

Il confirme sur ce point encore les recherches de Budin, en déclarant qu'après la ligature tardive l'expulsion du placenta par la méthode de Crédé est plus facile.

CONCLUSIONS.

Nous croyons pouvoir terminer ce travail en formulant les conclusions suivantes :

1° La ligature tardive fait bénéficier l'enfant d'une quantité de sang qui peut être évaluée, en moyenne, à 92 grammes (Budin) ;

2° Ce sang, contenu dans les vaisseaux placentaires, est nécessaire à l'établissement normal de la 3e circulation ;

3° La cause de la pénétration du sang dans le système circulatoire de l'enfant est due surtout à l'aspiration thoracique (Budin). La pression de l'utérus (Schücking, Porak) n'en est qu'une cause adjuvante et secondaire ;

4° On ne doit pas faire de ligature immédiate, et encore moins de saignée du cordon dans les cas d'asphyxie bleue des nouveau-nés (Budin) ;

5° La ligature tardive n'expose l'enfant à aucun danger soit immédiat, soit ultérieur ;

6° Elle le place dans les conditions les plus favorables pour son développement ; le nouveau-né à ligature tardive perd en effet moins de poids, en outre il en regagne plus vite et davantage que les autres.

7° La délivrance semble être rendue plus facile, et le passage de l'arrière-faix à travers l'orifice interne du col rencontre moins d'obstacles après la ligature tardive (Budin, Schücking).

Donc, comme Hofmeier, Zweifel, Schücking (qui ne conseille pas la ligature par la méthode ancienne, quoique M. Porak (page 8) ait écrit le contraire, est-ce encore un contre-sens?), nous dirons :

8° On ne doit pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical qu'après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige, ainsi que l'a conseillé Budin.

DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS

ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ACTION ÉLECTRO-ATROPHIQUE DES COURANTS CONTINUS.

Par le Dr Aimé Martin,
Médecin-adjoint, chargé du troisième service de vénériennes, à Saint-Lazare.

AVANT-PROPOS.

Une des affections les plus fréquentes, parmi celles des organes génitaux internes qui atteignent la femme adulte, c'est le fibro-myome utérin; c'est aussi une de celles contre lesquelles, lorsque la chirurgie est impuissante, la médecine proprement dite a le moins d'action.

Quel est le praticien s'occupant de gynécologie qui, maintes fois, après avoir épuisé les ressources d'une thérapeutique bornée contre ces tumeurs rebelles à toutes les médications, n'a pas renoncé à les traiter, en s'en remettant au temps et surtout aux modifications de nutrition que la ménopause lui permet d'espérer.

Tous les moyens ont été successivement tentés pour arriver à la guérison des malades atteintes de ces sortes de tumeurs. On avait même pu, dans ces derniers temps, croire à l'efficacité

presque constante des injections d'ergotine, mais ce mode de traitement, *l'ultima ratio* de la thérapeutique médicale dans ce cas, n'a en somme donné que des résultats discutables.

Cette insuffisance (je devrais dire presque cette impuissance) de la médecine contre une affection si commune fait, depuis longtemps, l'objet de mes préoccupations.

Après avoir épuisé contre elle tout l'arsenal médicamenteux que le Codex met à notre disposition, après des tâtonnements sans nombre, j'eus l'idée de recourir à l'électricité.

Je ne songeais pas à en appeler à l'action chimique des courants continus, à l'électrolyse; j'espérais plutôt trouver dans l'effet électro-dynamique de ces courants, une force capable de provoquer la dénutrition des tumeurs fibreuses.

J'avais été vivement frappé par les recherches de MM. Onimus et Legros (1) qui démontrèrent, les premiers, l'action des courants continus sur la nutrition, et par les observations rapportées par Ciniselli, de Crémone (2). Ce médecin distingué, récemment enlevé à la science, traitant des tumeurs de natures diverses (polype nasal, tumeurs de la paupière, de la mamelle, etc.) par l'électrolyse et ne pensant à utiliser que l'action chimique de l'électricité, fut frappé par ce fait que « la diminution des tissus pathologiques, traités par la galvano-caustique chimique, n'est pas proportionnée à la destruction matérielle opérée; qu'elle est toujours plus grande et continue encore quelque temps après la chute des eschares. »

Il y a donc, en dehors de l'électrolyse, une force spéciale

---

(1) Onimus et Legros. *Comptes-rendus de la Société de biologie.* (In *Gaz. méd.*, 1868.)

(2) Ciniselli. *De la résolution des tumeurs par l'action électro-chimique des courants continus.* (In *Bulletin de la Soc. de chir.*, pour 1869, 2e série, t. X, p. 106.)

Dans la séance du 21 janvier 1879 de l'Académie de médecine, M. le Dr Bucquoy a présenté un travail fort intéressant sur un cas d'anévrysme de l'aorte ascendante traité avec succès par la méthode électrolytique. Les résultats du traitement ont été fort heureux ; mais il s'agit encore là de la méthode de Ciniselli et de l'électrolyse.

produite par les courants continus et modifiant profondément la nutrition des tissus morbides, c'est à cette force que j'eus recours.

Les premiers essais que je tentai, il y a environ deux ans, furent suivis de résultats tellement inespérés, que je continuai avec ardeur à employer un mode si efficace de traitement dont je me suis efforcé de faire une méthode.

Pendant cette période de deux années, consacrée à ces recherches spéciales, j'ai eu à traiter douze cas de fibro-myomes utérins, dont quatre sous-péritonéaux, cinq interstitiels et trois sous-muqueux. J'ai pu, en outre, appliquer ce traitement à un fibrôme de la cuisse.

Sur ces treize cas, j'ai obtenu quatre guérisons *complètes, absolues*; quatre améliorations très-notables; j'ai enfin échoué dans cinq cas.

Je dirai plus loin dans quelles conditions ces cas se sont présentés, et je rapporterai in-extenso les principales observations dont je tâcherai de déduire certaines règles pratiques. Je donnerai, en outre, les détails les plus précis sur les appareils dont je me suis servi et sur la façon dont j'ai opéré.

Les résultats que j'ai obtenus me paraissent tellement encourageants que je tiens à mettre mes confrères à même de tenter, le cas échéant, la même médication. J'aurai donc soin de déterminer, avec la plus grande précision possible, ses indications et ses contre-indications.

Je n'ai pas la prétention de me déclarer l'inventeur du mode de traitement que je préconise. Il était, depuis plusieurs années, depuis les travaux d'Onimus, Legros, Ciniselli, Chéron, Tripier, etc., un peu dans l'air (si je puis me servir de cette expression), et la plupart des médecins s'occupant d'électricité l'ont employé, ou bien ont dû l'employer.

Ce que je puis dire, c'est que je suis entré dans cette voie sans idée préconçue, sans aucune notion des procédés adoptés ou des résultats obtenus par d'autres expérimentateurs. Mes recherches sont toutes personnelles et ce n'est

qu'après de longs essais que je suis arrivé à pouvoir formuler les conclusions par lesquelles je terminerai ce mémoire.

Ce que je tiens à bien établir, dès le début; c'est que je n'ai pas employé *l'électrolyse*, j'ai fait, au contraire, ainsi qu'on le verra plus loin, tous mes efforts pour éviter l'action chimique des courants continus.

Pour désigner la force spéciale, empruntée à des courants, que j'ai utilisée dans le traitement des fibro-myômes, je me suis servi des mots *action électro-atrophique*, c'est en effet, je crois, en produisant par l'électricite, la dénutrition des tumeurs, leur atrophie, que j'ai provoqué leur disparition.

Dans les quelques cas bien rares, relatés par les auteurs, où les courants continus ont été employés dans le traitement de tumeurs diverses (cas que je relaterai plus loin), on a presque toujours confondu l'électrolyse avec cette action spéciale de l'électricité, à laquelle je donne le nom d'électro-atrophique.

Afin de donner au lecteur une idée complète de cette question que je considère comme présentant un véritable intérêt, je diviserai mon travail en six parties :

1° Historique.

2° Anatomie pathologique.

3° De quelques modes récents de traitements médicaux apposés aux fibres myômes utérins.

4° De leur traitement par l'action électro-atrophique des courants continus.

Choix d'un appareil. Façon d'opérer.

5° Observations.

6° Conclusions.

HISTORIQUE

Je n'ai guère trouvé d'indications précises sur l'emploi des courants continus dans le traitement des tumeurs fibreuses utérines. On verra cependant que quelques essais ont été tentés aux Etats-Unis dans ces dernières années, mais c'est

surtout avec la prétention d'en appeler aux effets chimiques du galvanisme; c'est en employant l'électrolyse comme l'avait fait le Dr Ciniselli pour d'autres tumeurs, que ces diverses tentatives ont été faites,

C'est Cutler (1) qui, le premier, entreprit en 1871, l'électrolyse d'un fibrome utérin. En 1873, le Dr Brown (2) publiait un second cas analogue.

En 1874, le Dr Kimbal (3), sous l'inspiration de Cutler, publiait quatre cas nouveaux , enfin, en 1676, le Dr Thomas, dans une communication à la Société de gynécologie de New-York, appuyait de son autorité et de son expérience ce mode de traitement.

C'est le D. Semeleder (4) qui nous fournit, le premier, quelques détails précis sur la façon dont il a opéré. Ce praticien, établi à New-York, a suivi les expériences de Cutler; il s'en montre fort enthousiaste. Voici, selon lui, comment on a procédé : Cutler s'est servi de 10 à 12 éléments d'une pile de Calland (zinc et cuivre) ou d'une pile de Leïser (zinc et charbon) et il a pénétré dans la tumeur à travers les parois abdominales à l'aide de longues aiguilles à acupuncture, à une profondeur de 3 à 4 pouces.

Les malades ont été anesthésiées, car l'opération est fort douloureuse.

Ce mode de traitement fut mis en œuvre dans 36 cas, avec des résultats fort divers : le but principal que se proposait Cutler, d'enrayer la marche progressive de la tumeur, fut plus ou moins atteint dans quelques cas, complètement manqué dans d'autres.

Le nombre des séances variait de 1 à 20; leur durée était de une à quinze minutes; enfin elles étaient répétées tous les jours

(1) Cutler. Association médicale américaine (Congrès de Chicago).

(2) Brown. *Med. and surgical report.* Phidelphie, 1873.

(3) Kimbal. *Boston med. and surg. journal*, 1874, n° 5.

(4) Dr Semeleder. *Elecktrolytische Behandlung der Gebärmutter fibroïde. Wienner Medizinische Presse*, 1876, n° 50 et 52.

ou à des intervalles qui pouvaient être d'une semaine ou même de plus d'un mois.

Dans 23 cas, il y eut diminution ou arrêt de la tumeur; dans deux cas, on reconnut, plus tard, qu'on avait eu affaire à des tumeurs malignes. Dans trois cas, il y eut disparition complète de la tumeur; enfin, dans quatre cas, la mort survint pendant le cours du traitement, et elle fut causée, deux fois, par la péritonite.

Plus récemment, en 1877, un médecin italien, le Dr Omboni (1), paraît avoir obtenu quelques bons effets du mode de traitement préconisé par Cutler, qu'il a pratiqué sans modifications.

Mais est-ce bien à l'action électro-chimique, à l'électrolyse, c'est-à-dire à la désorganisation mécanique des tissus par l'hydrogène naissant et pas les alcalis, qu'il convient d'attribuer les résultats obtenus par Cutler et par ses imitateurs.

N'est-ce pas plutôt, comme je l'ai pensé, et comme j'espère le démontrer plus loin, à la dénutrition produite par l'action physiologique du courant continu sur la vascularisation des parties soumises à ce courant, que sont dus ces résultats? N'est-ce pas, en un mot, l'action électro-atrophique qui prédomine?

Cutler et les auteurs qui ont suivi ses traces n'auraient-ils pas produit les mêmes effets sans le secours de ces aiguilles à acupuncture, dont le moindre défaut est la douleur qu'elles déterminent? N'est-ce pas à cet appareil vraiment barbare qu'on peut attribuer ces deux cas de péritonite mortelle?

En janvier 1878, un médecin américain, le Dr Everret (2), sans se rendre, sans doute, compte, mieux que ses devanciers, du sens précis du mot *électrolyse*, a eu recours, dit-il, à cette action spéciale des courants continus pour le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

---

(1) Omboni. *Contribuzione alla cura dei tumori colla electrolysi. Gazz. med. ital.*, 1877, n° 48.

(2) Everret. *American obstetrical journal*, janvier 1878. Analyse de Dr Gross. *Gaz. obstétricale*, 1878, n° 11.

J'avoue n'avoir pas parfaitement compris sa façon de procéder. Voici, dans tous les cas, comment il employa les courants continus. L'électrode négative, consistant dans un disque de cuivre, recouvert d'une enveloppe humide, fut placée à l'articulation sacro-lombaire, et, comme électrode positive, le Dr Everret se servit de sa main, saisissant le fond de la matrice et la pressant en arrière et en bas : il fit alors passer le courant d'une double pile de Smée.

Le lecteur comprendra qu'il ne peut être question, dans ces cas, de la méthode de Cutler. Dans une de ses observations, cependant, l'auteur dit avoir enfoncé, à travers la paroi vaginale, une longue aiguillé mise en communication avec un des pôles : il s'agissait d'une tumeur fibreuse sous-muqueuse, occupant la paroi antérieure du vagin.

Dans les neuf observations du Dr Everret, il s'agit toujours de polypes fibreux que l'électrisation fit diminuer de volume; quand ce résultat était atteint, ce chirurgien saisissait la tumeur avec une forte pince, tordait son pédicule, et il l'extirpait.

Ce n'est donc pas à un emploi méthodique des courants continus que nous avons affaire. J'ajouterai que la plupart des malades du Dr Everret étaient soumises antérieurement à des injections d'ergotine qui étaient continuées, dans presque tous les cas, concurremment avec les courants électriques. C'est pourtant en présence des inconvénients de l'ergotine que ce médecin eut recours à cette application (un peu fantaisiste, on l'avouera) de l'électricité.

Je dois reproduire les conclusions formulées par le Dr Everret, sauf à les discuter plus tard. Ces conclusions, qui renferment, à mon sens, des vérités et des erreurs, sont les suivantes :

1° Le courant *faradique* (1), s'il est employé judicieusement, produit des contractions utérines de la même façon que les préparations d'ergot de seigle.

---

(1) Le mot *faradique* ne peut, en aucune façon, s'appliquer dans ce cas, puisqu'il désigne exclusivement les courants induits, découverts par Faraday, en 1832.

2° Il est plus facile à régler, peut être commencé ou arrêté au moment voulu et la dose peut ainsi être plus nettement proportionnée.

3° Il ne cause aucun trouble de la nutrition et des sécrétions et n'a pas d'action sur la digestion.

4° Il ne produit pas de douleur dans les organes éloignés et n'est pas suivi de troubles nerveux.

5° Il ne cause ni inflammation ni lésion locale.

La conviction qui naît de la lecture du travail du Dr Everret, conviction qui sera, sans doute, partagée par le lecteur, c'est qu'il ne s'agissait pas, dans les observations qu'il a rapportées, d'électrolyse, dans le sens que nous donnons à ce mot. Je suis bien persuadé aussi que les succès obtenus par Cutler et Kimbal ne doivent, pas plus que ceux d'Everret, être attribués à l'action électrolytique, telle que la comprenaient Matteuci, Reimak, Ciniselli et Nélaton. Je crois que les divers auteurs, que j'ai cités plus haut, ont utilisé l'action intime de l'électricité sur la nutrition du tissu des tumeurs fibreuses; en un mot, ils ont employé l'action électro-atrophique des courants continus. Il est vrai d'ajouter qu'ils en ont usé comme M. Jourdain usait de la prose!

Je n'ai trouvé, dans les traités didactiques et dans les recueils périodiques spéciaux de ces dernières années, aucune autre trace de l'emploi des courants continus dans le traitement des tumeurs fibreuses utérines. Quelques auteurs seulement mentionnent ses bons effets dans les cas d'hémorrhagie, d'inertie ou d'hypertrophie totale de la matrice, mais rien de plus.

On voit, d'après tout ce qui précède, que le sujet de ce mémoire, s'il a été travaillé (je devrais dire ébauché) à l'étranger, est absolument neuf en France. J'ai fait, ainsi que je l'ai dit, tous mes efforts, depuis deux ans, pour élucider les diverses questions qui s'y rattachent, et pour élever le mode de traitement à la hauteur d'une méthode. Le lecteur sera juge des résultats que j'ai obtenus.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE.

RELATION D'UN CAS D'INVERSION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS ET DES TROUBLES FONCTIONNELS QUI S'EN SUIVIRENT.

A M. le Dr GALLARD, *médecin de l'hôpital de la Pitié.*

Bien cher confrère et ami,

Vous qui, dans vos savantes et intéressantes leçons à la Pitié, avez si bien décrit les états physiologiques et pathologiques de l'utérus et de ses fonctions, en tenant votre auditoire sous le charme de votre parole facile et élégante, permettez à un vieux praticien de province, je dirai mieux à un médecin de campagne, de vous exposer un fait qu'il a eu à observer dans sa carrière médicale, sur un cas d'inversion complète de l'utérus, des plus graves, lequel après avoir tenu la malade dans le plus grand danger, a aboli la menstruation, sans porter atteinte aux fonctions de la conception.

Ce fait que j'ai eu à observer il y a plus de quinze ans déjà, comme inversion de l'utérus, n'a peut-être rien d'extraordinaire, mais ce qui est plus rare, c'est je crois la disparition de la menstruation, laissant intact l'acte de la conception. Ce fait, je le retrouve en compulsant mes notes, et comme je le crois digne de vous intéresser, je vous l'adresse, afin que vous en fassiez tel usage que vous voudrez.

Un jour, ou plutôt la nuit, car il était deux heures du matin, je fus éveillé pour aller à la campagne, secourir et délivrer une jeune femme qui venait d'accoucher; la délivrance n'avait pu se faire, et elle succombait, disait-on, à une hémorrhagie foudroyante. En effet, après une pérégrination nocturne dans des chemins de traverses comme on n'en trouve heureusement plus aujourd'hui et sans clair de lune, j'arrivai, non sans peine, auprès d'une jeune femme de 21 ans, primipare, qu'une ma-

trone de village, désignée dans le pays sous le nom de *grand' mère*, venait d'accoucher; l'enfant était vivant, très-fort, mais le placenta qui était adhérent avait été tiraillé, tant et si bien qu'il était sorti, il est vrai, mais avec l'utérus retourné comme un gant; et tous les deux gisaient dans une nappe de sang entre les jambes de la jeune femme, exsangue, inanimée et tombée en syncope.

Après m'être assuré que la jeune femme vivait encore, et après l'avoir aspergée d'eau froide, je relevai doucement le bassin afin de placer le corps et la tête dans une position déclive, et lentement, en m'aidant des ongles, je détachai le placenta du fond de l'utérus. Ce ne fut pas sans peine et sans un temps qui me parut relativement très-long. Le placenta une fois séparé, je songeai aussitôt à remettre l'utérus dans son état normal; cela me fut facile, car ni le col, ni le corps de l'utérus n'étaient contractés, avec les doigts d'abord et le poing ensuite, je réduisis le fond de l'utérus et le remis en place.

Cette opération terminée, je revins à la jeune femme, dont la syncope semblait devoir se prolonger d'une façon inquiétante, je l'aspergeai de nouveau d'eau froide et versai dans la bouche quelques gouttes de jus de citron mélangé à parties égales de vin pur. A peine quelques gouttes de ce liquide furent-elles dans sa bouche et sur ses lèvres qu'on vit la vie revenir en elle.

Je ne me retirai que lorsque la malade fût complétement revenue à elle, lavée, changée de linge et remise dans un autre lit; je prescrivis simplement une limonade vineuse très-forte au citron et au vin, du bouillon et le repos. Le pouls, que je ne pouvais ni sentir, ni compter, s'était relevé, et la malade avait pu répondre à quelques questions que je lui posai.

Le lendemain, à ma seconde visite, je constatai avec plaisir que l'hémorrhagie ne s'était pas renouvelée et que l'état général était aussi satisfaisant que possible; cependant, la malade se plaignait du ventre et des reins, elle était brisée, disait-elle. La peau était chaude, marquait 38 degrés, et le pouls 86 pulsations; la malade était altérée et l'utérus, sans être globuleux,

semblait cependant contracté et revenir sur lui-même. Tout en craignant de voir apparaître un état fébrile grave, je crus ne devoir rien changer aux prescriptions de la veille et je partis, promettant de revenir le lendemain.

Mais j'étais à peine à moitié chemin que l'on courait après moi, me priant de tourner bride et de revenir en toute hâte près de la malade reprise d'hémorrhagie. Je retournai sur mes pas et vis qu'en effet une quantité notable de sang s'était écoulé, et que la malade était encore retombée en syncope; après avoir retiré des caillots sanguins, je fis une compression sur l'aorte descendante, et après une demi-heure l'hémorrhagie était arrêtée et la malade avait repris connaissance, grâce au jus de citron vineux que je lui fis prendre.

Pour éviter le retour de semblables accidents, je prescrivis ou plutôt je fis prendre une potion contenant de l'ergotine, dont par précaution je m'étais muni. Mais hélas! je n'étais pas au bout, car l'hémorrhagie arrêtée et prévenue, j'eus à combattre quelques jours après une métro-péritonite assez aiguë avec fièvre puerpérale et accès pernicieux, car j'ai omis de dire que nous étions au mois de septembre, époque à laquelle ces complications sont assez fréquentes. Je pus heureusement enrayer, pour ne pas dire juguler, la gravité de ces symptômes, grâce d'une part au collodion huileux dont je fis une large cuirasse sur tout le ventre, et grâce surtout à la quinine administrée à hautes doses. Vous, mon cher ami, qui savez quelles sont les influences telluriques qui pèsent sur la contrée que je parcours chaque jour, vous ne serez nullement étonné de ce que j'avance, car vous savez que c'est surtout dans les affections traumatiques, que les conditions telluriques se font le plus gravement sentir; et certes, je me trouvais en face d'un traumatisme de l'utérus des plus accentués : un utérus inversé gisant à l'air depuis plus de quatre heures sur un drap, et ayant subi des manipulations brutales. Certes, en voilà assez pour faire comprendre toutes les complications qui furent la suite de cette inversion dans de telles conditions.

Dieu merci, la quinine, aidée pendant longtemps des pré-

parations de fer et de quinquina, triompha de cette première et terrible complication; je dis première, et non sans raison, car ce traumatisme utérin avait été trop violent pour qu'on pût espérer que cette pauvre jeune femme pût en être quitte pour ces troubles morbides, quelque terribles qu'ils fussent déjà. Vous n'avez pas oublié que les hémorrhagies successives qui avaient suivi l'inversion avaient laissé cette jeune femme dans un état complétement exangue, et qu'alors il était presque inévitable; que même après avoir conjuré ces graves accidents, elle put éviter ces autres troubles morbides résultant d'une anémie profonde. Aussi, eus-je à combattre à la fois avec le retour des accès pernicieux, qui me faisaient craindre à chaque instant une résorption purulente, non-seulement une phlébite utérine, mais une angioleucite compliquée d'une leucocythémie des plus profondes.

Un danger était-il conjuré qu'un autre apparaissait avec une complication nouvelle, diarrhée, lientérie, entérite, œdème, broncho-pneumonie par hypostase, etc. Enfin, pendant quatre mois entiers, cette malheureuse jeune femme eut à essuyer une infinité de phases morbides des plus graves.

N'eût été sa bonne constitution et les conditions de salubrité qu'on ne trouve qu'à la campagne, qu'elle eût succombé bien des fois. Dans vos hôpitaux de Paris, et même à Paris dans les quartiers les mieux aérés, la mort eût été le dénouement le plus certain. Dans ma vie médicale, j'ai peu vu de suites de couches ayant fourni une série de complications aussi multipliées et aussi graves. S'il en était besoin, cette observation viendrait à l'appui de tout ce qui a été dit sur la différence de mortalité qui existe entre les villes et les campagnes après les accouchements, dans toutes les affections traumatiques et dans les opérations qu'elles nécessitent. Que de manœuvres opératoires, que d'opérations faites en dehors des règles de la chirurgie qui inévitablement se fussent terminées par la mort, et que j'ai vues réussir, par cette seule raison, que les malades étaient pour ainsi dire plongés dans un air pur.

Mes notes, sur cette observation, sont si complètes et mes

souvenirs encore si précis que je pourrais, si cela devait vous être de quelque utilité, vous donner jour par jour les détails de cette longue observation; car il n'a pas fallu moins de dix mois pour conduire cette jeune femme à une guérison complète, et encore je ne compte pas l'état de faiblesse et l'anémie qui suivirent la convalescence, ce qui avec la maladie dura dix-huit mois.

Mais je reviens au fait principal qui ressort de cette observation et qui me semble, en résumé, renfermer tout l'intérêt que j'y ai trouvé et que vous y trouverez vous-même, je l'espère, du moins c'est le motif qui m'a fait vous l'adresser.

Pendant tout le temps que dura la convalescence, la jeune femme, bien entendu, ne fut pas menstruée; jusque là rien d'extraordinaire ni d'anormal, parce que l'aménorrhée est le plus souvent la conséquence de l'anémie. Mais lorsque cette jeune femme fut revenue à la santé, que le sang fut redevenu riche et aussi abondant que le comporte la santé parfaite, la menstruation ne se fit pas davantage.

Deux ans et demi s'étaient déjà écoulés depuis ce terrible accouchement et les accidents qui s'en suivirent, que cette jeune femme devint enceinte, sans avoir vu ses règles reparaître. Ce second accouchement fût plus heureux que le premier, l'enfant vint au monde viable et assez fort; il fut nourri par sa mère, mais pendant comme après l'allaitement les menstrues ne revinrent pas; et, ce second enfant avait déjà seize mois que cette femme devint enceinte pour la troisième fois.

Le troisième accouchement fut aussi heureux que le second, l'enfant fut nourri, puis sevré, et toujours les règles ne reparurent pas.

Enfin, voilà quinze ans que ces faits se sont passés, et cette femme, qui n'a aujourd'hui que 31 ans, n'a jamais revu ses règles, bien qu'un quatrième enfant ait été mis au monde il y a six ans.

Comment, mon cher ami, faire concorder ces fonctions physiologiques de l'utérus, dont une partie a été interrompue pour toujours, tandis que l'autre est restée en activité?

Qu'est devenue dès lors, chez cette femme, cette fonction de la menstruation dont le but est d'aider et de participer au phénomène de l'ovulation, sans lequel la fécondation et la conception ne sauraient se faire?

Voilà ce que je me suis souvent demandé en présence de ce cas si remarquable, dans lequel la conception a eu lieu sans le secours de la menstruation.

Quels désordres se sont donc produits chez cette femme, à l'époque de l'inversion de l'utérus pour détruire et faire disparaître à tout jamais cette fonction, que jusqu'à présent on a regardé, non sans raison, comme des plus importantes pour ne pas dire indispensable à la fécondation et à la conception?

Pour expliquer ce fait, on peut donner à l'hypothèse une carrière illimitée, car la malade ayant eu le bonheur de survivre à tous ces accidents, et par conséquent l'examen des pièces pathologiques n'ayant pu être fait, il reste à la physiologie à donner l'explication des fonctions qui ont subsisté. L'appareil ovarien est resté intact et a pu accomplir les fonctions qui lui sont dévolues, voilà ce qui ressort de ce fait, puisque trois grossesses normales se sont produites; mais du côté de la membrane muqueuse utérine et du tissu érectile et spongieux du corps de l'utérus, que s'est-il passé? Voilà ce qui reste à indiquer et ce que je ne puis dire, attendu qu'au moment où je suis arrivé et où j'ai réduit l'inversion ma curiosité était attirée vers un point plus important.

Là, je m'arrête, me bornant à vous transcrire le fait tel que j'ai eu à l'observer, à vous de m'en trouver l'interprétation. J'ai cherché dans ma bibliothèque si je ne pouvais découvrir une ou plusieurs observations analogues, chez les auteurs qui se sont occupés de gynécologie, et j'avoue n'avoir rien rencontré; vous qui êtes un érudit et un bibliophile, peut-être serez-vous plus heureux que moi. et alors vous me ferez plaisir en me l'indiquant.

Ce que je voudrais savoir, c'est ce qu'est devenu, dans ce cas, cette loi de concordance et de subordination établie entre e flux menstruel et le travail vésiculaire des ovaires? Que la

menstruation soit précoce ou tardive, nous savons que cette fonction a toujours coïncidé avec la possibilité de la fécondation. On sait que des jeunes filles, des enfants, ainsi que de très-vieilles femmes, chez lesquelles cette fonction de l'utérus existait, et qui jeunes comme très-vieilles ont pu concevoir; on sait aussi que toutes filles et femmes auxquelles on a enlevé les ovaires avant d'être menstruées, et par conséquent que toutes femmes chez lesquelles cette fonction était abolie ne peuvent plus concevoir; voilà ce que l'on sait et ce que je savais aussi, mais je n'avais pas encore rencontré de cas semblable à celui que je vous signale.

Je serai bien heureux si cette observation a pu vous intéresser, et je profite de cette occasion, bien cher confrère et ami, pour vous renouveler l'expression de mes sentiments affectueux et dévoués.

D[r] Edouard BURDEL, de Vierzon.
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Fibro-myome dé l'utérus.— M. le D[r] MORDRET (du Mans) présente à l'Académie une tumeur trouvée sur une fille de 78 ans, morte le 1[er] janvier. Cette tumeur est ovoïde, presque de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. C'est probablement un fibro-myome qui s'est developpé dans le corps de l'utérus. Le col est resté sain ainsi que les annexes, ovaires, trompes, oviductes, ligaments.

La présence de cette tumeur ne s'est accusée pendant la vie par aucun symptôme morbide.

L'extérieur de cette tumeur est une coque osseuse complète, très-homogène, qui a de 2 à 4 millimètres d'épaisseur selon les points observés. Cette coque est si résistante que le couteau ne l'entame que difficilement; il faut la scier. A l'intérieur on reconnaît aisément des

fibres charnues très-compactes, très-denses, et dont la couleur brune tient au sang qu'elles contiennent. Cette couleur devient d'un noir foncé à la surface au-dessous de la coque osseuse qui adhère fortement à la masse charnue. La cavité utérine a disparu, ou du moins on n'en trouve que des vestiges.

Le grand diamètre de l'ovoïde, mesuré sur le plan de section de la scie, est de 11 centimètres. Celui qui le croise dans le même plan est de 8 centimètres. Le petit pourtour de l'ovoïde est de 30 centimètres.

Une parcelle de la coque examinée au microscope ne contenait qne du tissu lamelleux compacte.

On reconnaît aussi facilement sous le microscope la nature musculaire de la masse de la tumeur; seulement les fibres sont fort colorées, parce qu'elles sont noyées dans un réseau de vaisseaux très-riches, et qu'il semble même y avoir du sang épanché dans leurs interstices.

Question des tours. Placement des enfants abandonnés. — M. Bergeron présente à l'Académie, au nom de M. le Dr Duché, un travail sur la question des tours pour les enfants abandonnés : question délicate entre toutes, bien difficile à résoudre, car elle divise les meilleurs esprits, et sur laquelle l'Académie sera tôt ou tard consultée par l'autorité.

Le travail de M. Duché est la reproduction d'un rapport de cet honorable confrère au Conseil général de l'Yonne, dont il fait partie, en réponse à une enquête administrative provoquée par la présentation au Sénat d'un projet de loi sur le rétablissement des tours. M. Duché se prononce très-nettement contre le retour à la loi de 1811 ; mais, en homme sage, il ne conclut aussi formellement que pour le département de l'Yonne, et nous devons dire que les arguments et les chiffres sur lesquels il s'appuie pour défendre son opinion sont très-convaincants. Sans doute M. Duché pense que pour toute population rurale, comme pour celle de toutes les petites villes, le tour est une institution funeste, à laquelle on doit préférer de beaucoup les secours aux filles mères; mais il ne veut pas conclure aussi rigoureusement pour les grandes villes, et il me paraît être dans le vrai, car on ne peut contester que, pour un trop grand nombre d'enfants illégitimes nés dans les grands centres, l'abandon, qui les soustrait à la pernicieuse influence d'une mère corrompue et les

place sous la surveillance d'une administration à laquelle ils doivent souvent de devenir des hommes honnêtes et utiles, vaut mieux que le secours à la fille mère.

Nécrose du crâne chez un enfant. — M. Broca communique à l'Académie une observation adressée à M. le Dr Mary-Durand par M. Muston, pasteur à Bourdeaux (Drôme).

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, employé à garder les troupeaux, qui tomba dans le foyer pendant son sommeil, et eut une brûlure étendue du crâne qui donna lieu, quatre mois plus tard, à la chute d'une partie de la voûte crânienne, qui est placée sous les yeux de l'Académie par M. Broca. La partie osseuse éliminée comprend la moitié supérieure des deux pariétaux unis par la suture lambdoïde. Elle est formée par la totalité de la table externe et par la plus grande partie du diploé, et même sur l'un des côtés de la sagittale, dans une étendue longue de 15 millimètres et large de 6, par une portion de la table interne. On conçoit même comment les battements du cerveau ont pu être perçus après la chute du séquestre. On a vu plus haut que la portion frontale et la portion occipitale ont été perdues. L'examen de la pièce montre que la nécrose a dû atteindre à peu près toute la portion du crâne qui était recouverte par le chapeau de l'enfant au moment où il est tombé dans le feu.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est que l'enfant non-seulement a survécu à cette énorme lésion, mais encore qu'il n'a éprouvé aucune réaction fébrile ni aucune douleur, et n'a pas cessé de manger avec appétit et de vaquer à ses occupations de berger.

Exploration des organes génitaux de la femme. — *Nouveau fauteuil spéculum.* — M. le secrétaire perpétuel communique au nom de M. Devaux, une note sur un meuble nouveau destiné à faciliter dans les hôpitaux et les cabinets de médecin l'exploration des organes génitaux de la femme.

Tous les gynécologistes savent combien il est utile d'avoir dans leur cabinet un meuble qui permette d'examiner les malades couchées et un autre spécialement destiné à l'examen au spéculum. Mais pour obtenir ce résultat il faut avoir deux meubles coûteux et encombrants : une chaise longue et un fauteuil spéculum. C'est pour obvier

à ces inconvénients que M. Devaux a fait construire un meuble unique qui puisse servir à toutes les explorations nécessaires.

La *chaise-longue-spéculum* de M. Devaux ressemble à une chaise longue anglaise ; son siége, un peu plus élevé que celui des chaises-

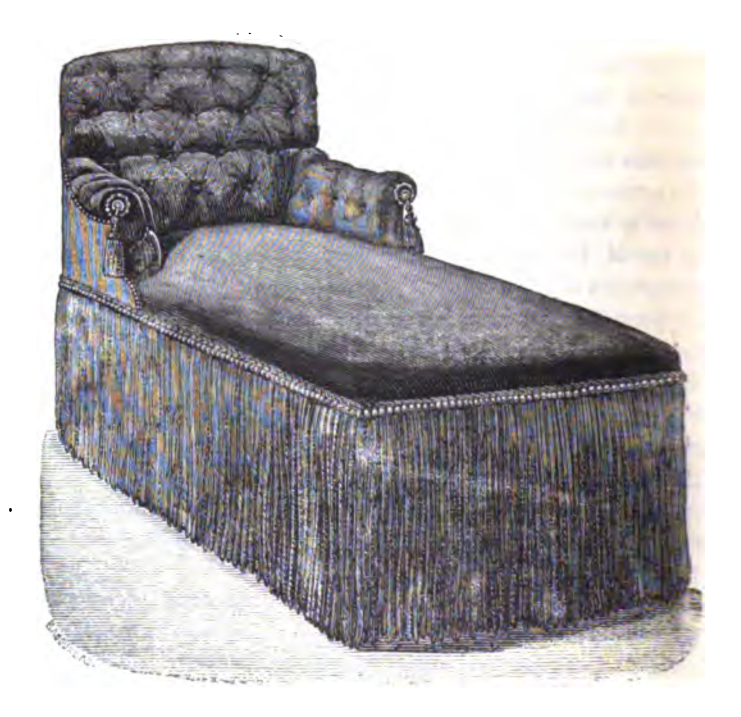


FIG. 1.
Chaise-longue-spéculum, de Devaux, fermée.

longues ou des divans ordinaires, mesure 1 m. 70 c. de long sur 66 cent. de large. Lorsqu'on veut l'employer comme chaise à spéculum, on renverse la moitié opposée au dossier sur la moitié qui correspond à celui-ci, et l'extrémité libre du siége vient porter solidement sur ce dispositif très-simple. Le siége de la chaise à spéculum, qui se trouve, avec ses pédales, fixé au-dessous de la moitié mobile, apparaît alors surélevé à une hauteur de 92 cent. du sol: il est composé de deux parties, l'une fixe, l'autre mobile ; cette dernière, qui servait primitivement de pied à la moitié mobile du divan, et qui va

maintenant supporter la tête du sujet à examiner, peut, grâce à une crémaillère, être fixée sous diverses inclinaisons par rapport à la précédente. Les pieds de la moitié fixe du divan débordent de 43 cent.,

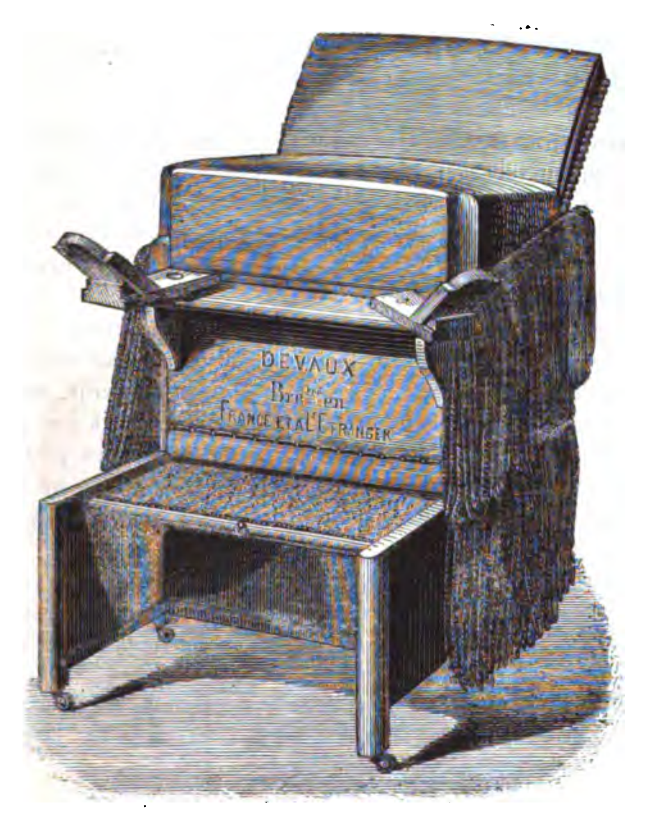


Fig. II.
Chaise-longue-spéculum, de Devaux, ouverte.

du côte où doit se placer le médecin, et supportent une planche mobile qui servira de marche-pied à la femme pour monter sur le siége à spéculum; au-dessous de cette planche glisse un large tiroir pour les instruments.

Séances des 14, 17, 21 et 28 janvier.

Dr A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Périer, au nom d'une commission composée de MM. Lucas-Championnière, Terrier et Périer, lit un rapport sur une observation d'**ovariotomie bilatérale suivie de guérison**, présentée par le Dr Dobronravow, de l'université de Moscou.

L'auteur a pensé avec juste raison que la Société de chirurgie de Paris apprendrait avec intérêt comment se pratiquent les opérations dans le nord de l'Europe et en particulier dans l'ancienne capitale de la Russie, aussi devons-nous lui savoir gré des minutieux détails dans lesquels il n'a pas craint d'entrer en nous donnant l'histoire de son opérée.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, ayant eu deux enfants.

Depuis un an elle souffrait d'une tumeur qui s'était montrée au côté gauche du bas-ventre, et s'était constamment accrue, au point d'influencer la nutrition générale et de donner lieu à des phénomènes de compression se traduisant par l'œdème des pieds, des palpitations, de la dyspnée. M. Dobronravow l'examina pour la première fois en mai 1877, diagnostiqua un kyste ovarique et proposa l'ovariotomie.

Le 3 septembre, la malade ayant vu sa tumeur doubler de volume, et ses souffrances ayant augmenté, consentit à subir une ponction, qui donna issue à 12 livres d'un liquide épais, verdâtre au début, blanchâtre, colloïde à la fin.

La densité des premières parties évacuées était de 1014, celle des dernières de 1021. Ce liquide contenait de la paralbumine et le microscope y révéla des globules colloïdes.

Cet examen du liquide, et la palpation du ventre après la ponction confirment le diagnostic de kyste ovarique et permettent d'éliminer la péritonite enkystée, l'hydronéphrose, le cancer et le cysto-sarcome, auxquels notre confrère avait songé.

Le toucher vaginal fit voir que l'utérus avait été entraîné par la tumeur et qu'il lui était relié par un court pédicule. L'exploration bimanuelle fit reconnaître à côté de l'utérus une tumeur élastique à contenu liquide, grosse comme une tête d'adulte, à limites mal circonscrites, et dont la surface antérieure donnait à la main une sensation de crépitation. Peut-être faut-il donner ici au mot crépitation le sens de frottement ?

La diagnostic porté fut : kyste multiloculaire de l'ovaire avec adhérences récentes à sa face antérieure, et sans adhérences dans le petit bassin.

Après la ponction il n'y eut aucune réaction du côté du péritoine, la respiration redevint normale.

L'opération décidée en principe et acceptée sans hésitation par la malade, fut pratiquée le 23 septembre 1877, quinze jours après la ponction, alors que le kyste était à moitié rempli.

Les précautions furent prises avec un véritable luxe. La malade reçue dans l'hôpital du prince Galitzine, fut placée dans un pavillon à part; sa chambre bien isolée fut ventilée pendant plusieurs jours, chauffée pendant les 48 dernières heures, les murs furent soumis à une pulvérisation d'acide salicylique. Les personnes au nombre de douze qui assistèrent à l'opération étaient revêtues d'habits tout à fait neufs, et personne ne pénétra dans la chambre non-seulement le jour de l'opération, mais encore les jours suivants sans s'être au préalable lavé les mains avec une solution de chlorure de potassium.

L'inhalation du chloroforme fut suivie de l'injection hypodermique d'un sixième de grain d'acétate de morphine, mais l'anesthésie ne fut pas régulière; des vomissements et des réveils fréquents prolongèrent l'opération.

Une incision de 6 centimètres, qu'il fallut agrandir plus tard fut pratiquée sur le trajet de la ligne blanche. L'ouverture du péritoine mit à nu une rangée de kystes à parois minces qui se rompirent dès que la main fut introduite dans la cavité péritonéale. Les adhérences à la paroi antérieure étaient nombreuses; la plupart furent facilement détruites avec la main, pour quelques-unes il fallut recourir au couteau.

Pendant ces manœuvres il y eut encore rupture d'un certain nombre de petits kystes avec épanchement de leur contenu dans le péritoine qui chaque fois fut soigneusement essuyé. L'opérateur reconnut alors qu'il avait affaire à deux masses kystiques répondant chacune à un ovaire, légèrement adhérentes en haut, mais étroitement liées entre elles et avec la matrice par leur partie inférieure. Celle du côté droit était plus volumineuse que l'autre. Le trocart ne pouvant parvenir à réduire suffisamment les tumeurs, il fallut agrandir par en haut d'un centimètre et demi l'incision de la paroi abdominale en contournant à gauche l'ombilic. Il fut très-difficile d'isoler les pédicules des deux ovaires; après application d'un clamp de Spencer Wells sur

chacun d'eux, il restait une bande vasculaire de 2 centimètres de large, implantée sur l'utérus; cette bande fut fragmentée et reçut 5 ligatures. Puis la tumeur incisée il y eut encore 10 ligatures à appliquer sur les points de la cavité abdominale où les adhérences rompues pouvaient faire craindre l'écoulement du sang. Ces 15 ligatures furent faites avec de la soie carbolisée non poreuse, les bouts des 5 ligatures appliquées entre les 2 pédicules furent amenés au dehors, les autres fils furent abandonnés. La toilette du péritoine dura une demi-heure. La plaie fut réunie par 5 points de suture en soie carbolisée non poreuse, 4 au-dessus des clamps et 1 au-dessous. Les clamps étaient séparés par un intervalle de 1 centimètre, dans lequel il fallut placer une éponge pour maintenir leur écartement et les empêcher de rentrer dans la cavité péritonéale. Le ventre fut serré par des rubans d'emplâtre adhésif, par-dessus on mit une demi-livre d'ouate, et le tout fut solidement bandé avec de la flanelle.

La malade fut maintenue dans de bonnes conditions de température, on lui plaça un suppositoire contenant un grain d'opium, qui fut renouvelé tous les soirs pendant quinze jours. Le premier jour une cuillerée toutes les demi-heures d'un mélange de café noire et d'eau-de-vie, remplacé le lendemain par le vin de Porto, une cuillerée toutes les 2 heures. 1 gramme de sulfate de quinine en lavement pendant 5 jours. Cathétérisme toutes les 6 heures. Il y eut des vomissements pendant 3 jours. Une seule fois la température monta au dessus de 38° et encore ne dépassa-t-elle ce chiffre que de 1/10 de degré. cela était dû à la rétention du pus sous les clamps.

Les sutures furent enlevées le huitième jour, le clamp gauche était déjà détaché. A partir de ce jour la plaie fut laissée libre sous une voûte en toile, la malade étant couchée sur le côté afin que le pus puisse s'écouler dans un vase (selon les exigences d'un principe que l'auteur appelle principe de l'hermétisme aéré de la Société de chirurgie de Moscou).

Le onzième jour le second clamp est devenu libre à son tour, la plaie marche régulièrement vers la guérison, et le 27e jour la malade peut être présentée complètement guérie à la Société de Chirurgie de Moscou.

Dans le cours de son observation M. Dobronravow a soulevé quelques questions de doctrine que j'ai passées sous silence pour y revenir ici en peu de mots.

Tout d'abord il pose la question d'opportunité de l'opération.

Doit-on, l'ovariotomie étant indiquée, opérer immédiatement ou attendre que la malade n'ait plus en apparence que quelques semaines à vivre, dans la crainte d'avoir abrégé ses jours si l'opération n'était pas suivie de succès ? Il y répond en faisant remarquer avec juste raison que, vu le développement rapide de la tumeur, les conditions eussent été moins favorables, si l'on eût attendu davantage et que les risques eussent été plus grands. Cette réponse peut être généralisée, et l'auteur aurait pu affirmer sans crainte que l'ovariotomie étant indiquée il faut la pratiquer le plus tôt possible, sous peine de voir surgir plus tard des contre-indications formelles.

Nous avons vu que l'anesthésie n'avait pas été régulière. que des vomissements répétés ont troublé l'opération. Cet accident, M. Dobronravow l'attribue au chloroforme, ne devrait-il pas comprendre dans cette accusation et pour une large part, l'injection hypodermique de morphine qui a suivi l'administration du chloroforme. Cependant on ne saurait nier la fâcheuse influence de ce dernier agent, notre confrère a peut-être raison de vouloir lui subsistuer à l'avenir le chlorométhyle, qu'il a vu employer à Londres avec avantage, et dont M. Spencer Wells recommande exclusivement l'emploi.

Nous avons pris l'habitude de condamner tout agent anesthésique dont l'administration nécessite un appareil spécial, susceptible de se déranger ou de se briser et qu'on n'a pas toujours sous la main.

Ce motif acceptable dans la chirurgie journalière ne me semble pas suffisant lorsqu'il s'agit d'une opération de longue durée comme l'ovariotomie ; et si le chlorométhyle possède l'avantage de provoquer si rarement les vomissements, ce n'est pas l'adjonction d'un appareil comme celui de Junker, aux nombreux instruments qu'il faut préparer, qui devrait en faire rejeter l'emploi.

En troisième lieu, à propos du pédicule, l'auteur s'est demandé s'il y avait lieu de l'abandonner dans l'abdomen ; il y a appliqué 2 clamps et 5 ligatures et à laissé le tout au dehors ; il nous semble qu'il a fort bien fait en raison de la longueur du pédicule qui lui a permis de l'amener au dehors. Cette méthode de l'abandon du pédicule est surtout préconisée pour les cas où le pédicule trop court ne saurait subir sans danger des tractions énergiques.

En terminant, l'auteur attribue son succès aux minutieuses précautions qu'il a prises; heureusement elles ne sont pas indispensables, sans quoi il ne serait pas donné à toutes les malades de pouvoir jouir des bienfaits de l'ovariotomie. M. Dobronravow est d'ailleurs persuadé qu'il eut aussi brillamment réussi en ayant recours à la méthode de Lister et sans avoir placé sa malade dans des conditions de milieu extérieur aussi exceptionnelles.

Votre commission vaus propose :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Dans son rapport, M. Périer a appuyé la proposition de l'auteur au sujet de l'emploi du bichlorure de méthylène, je serais heureux de savoir si notre collègue s'en est servi et ce qu'il en pense. Spencer Wells en fait un grand usage et soutient qu'il évite les vomissements qu'occasionne souvent l'usage du chloroforme. D'autres chirurgiens ont, au contraire, très-vivement repoussé son emploi. Je n'ai pas encore pu m'en procurer, mais je ferai remarquer que très-souvent l'administration du chloroforme n'occasionne pas de vomissements et qu'en outre l'administration du bichlorure de méthylène exige l'usage d'un appareil spécial.

M. Périer. Je n'ai aucune expérience personnelle sur cet anesthésique, et je m'en suis rapporté à l'assertion de Spencer Wells, mais je crois qu'il serait bon d'en faire l'expérimentation.

(Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

2° Taille vésico-vaginale suivie de la suture immédiate, par le Dr E. Pilate, d'Orléans. — M. Guyon communiquait à la Société de chirurgie, dans la séance du 6 juin 1877, un cas de taille vésico-vaginale, il terminait la discussion qui eut lieu à ce sujet, en disant, sous forme de conclusion, que « la taille vaginale avec suture immédiate est l'opération qui offre les plus grandes conditions d'innocuité, si le calcul a un certain volume. » Le fait suivant vient confirmer d'une manière complète cette proposition.

Madame J..., âgée de 68 ans, demeurant auprès de Menng-sur-Loire, d'une santé habituellement bonne, d'une constitution solide et

d'un caractère énergique, souffrait déjà depuis plusieurs années dans le bas-ventre, sans être arrêtée dans son travail de vigneronne. Au commencement de l'année 1877, elle rend par l'urèthre un calcul gros comme une noisette, d'une très-grande dureté. Elle n'est cependant point soulagée par cette émission. Enfin dans l'année 1878 elle souffre davantage et se décide à appeler son médecin pour se faire examiner. M. Hybord, père, constate dans la vessie la présence d'un gros calcul donnant par le choc de la sonde une résonnance d'un son sec.

Au mois de juin il survient un peu de fièvre, la douleur du bas-ventre est très-grande, la malade reste alitée, et la vessie commence à ne plus pouvoir conserver l'urine qui s'échappe involontairement mais reste toujours claire. Un traitement antiphlogistique fait cesser cet état au bout de quelques jours.

Le 27 juin l'opération chirurgicale est jugée opportune. MM. Hybord, père et fils, nous confient le soin d'une opération, en nous prêtant leur concours éclairé. L'intolérance de la vessie, la grosseur et la dureté du calcul, dont on a pu se rendre compte par le cathétérisme combiné avec le toucher vaginal, font rejeter la lithotritie que l'on juge ou bien impossible, ou bien exigeant des séances trop multipliées pour la sensibilité de la vessie. La taille vaginale est choisie.

Nous faisons placer le malade dans le décubitus dorsal, comme pour la taille chez l'homme. Après une injection d'eau qui ne peut être conservée, un cathéter cannelé est introduit dans la vessie pour faire saillir la cloison vésico-vaginale. Cette cloison est ponctionnée à un centimètre environ en arrière du col de la vessie, avec un bistouri qui vient toucher la cannelure du cathéther. Cette ponction sert à introduire dans la vessie un lithotome simple. On retire le cathéter, et le lithotome ouvert de 3 centimètres fait l'incision de la cloison vésico-vaginale suivant la ligne médiane. Le calcul est saisi avec des tenettes, mais comme il est trop gros pour pouvoir être extrait, on agrandit l'incision en arrière, d'environ 1 centimètre, au moyen d'un bistouri boutonné. Le calcul est alors retiré, mesurant 5 centimètres de longueur, 4 de largeur et 3 d'épaisseur.

(Ce calcul, analysé ultérieurement, offre une très-grande dureté et n'a pu être scié qu'avec une certaine difficulté. On n'y trouve pas trace d'acide urique. Il est formé par de nombreuses couches

de phosphate ammonniaco-magésien. Son poids, à sec, est de 55 grammes.)

La taille terminée, nous procédons de suite à la réparation par le même procédé que pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. La femme est couchée sur le côté gauche, la jambe droite plus pliée que la gauche, le bras gauche passant sous le thorax pour venir derrière le dos. Afin d'augmenter les chances de la réunion immédiate, la surface saignante de l'incision est agrandie par une abrasion de la muqueuse vaginale dont on enlève une largeur de près d'un centimètre sur chacun des deux bords et aux deux angles de la plaie. Les deux surfaces que l'on doit affronter mesurent donc un centimètre et demi de largeur. Il est posé cinq points de suture métallique, au moyen de l'aiguille chasse-fil.

La malade est reportée dans son lit, garde le décubitus dorsal d'une manière permanente et conserve à demeure dans la vessie une sonde en S. On lui recommande la plus grande immobilité ; sa docilité est d'ailleurs perfaite; elle évite toute garde-robe.

Le 7 juillet, 10 jours entiers après l'opération, on enlève tous les fils. Quelques-uns d'entre eux commençaient à couper les tissus, mais la cicatrisation est parfaite dans tous les points. Pour s'assurer qu'il ne reste aucun pertuis par où puisse passer l'urine, on fait une forte injection de lait dans la vessie et l'on ne voit sourdre aucune trace de liquide dans le vagin. La sonde n'est ensuite replacée dans la vessie que de temps en temps, pour éviter une trop grande accumulation d'urine. Enfin, on laisse la malade uriner seule et se lever le 12e jour.

3 mois après, les nouvelles que nous transmet M. Hybord confirment la persistance de l'état parfaitement bon de l'operée.

Nous devons dire un mot des motifs qui nous ont fait choisir la taille vaginale. Nous avons déjà signalé la sensibilité extrême de la vessie, son incapacité de retenir l'urine et par conséquent les liquides injectés, enfin l'état fébrile antérieur à l'opération, toutes raisons qui, avec la dureté du calcul, faisaient rejeter la lithotritie.

Le volume du calcul excluait de même la dilatation du col de la vessie et de l'urèthre.

Restaient donc la taille uréthrale et la taille vésico-vaginale. Mais les inconvénients d'une incontinence d'urine à la suite de la aille uréthrale, signalés comme assez fréquents dans l'excellente thèse de Paul Hybord, ne pouvaient pas entrer en balance avec les

chances presque certaines d'une guérison complète par la taille vaginale suivie de la suture immédiate. Chez une femme adulte et non vierge, comme l'a fait remarquer M. Guyon, les conditions ne sont plus les mêmes que chez l'enfant ou la jeune fille vierge. Aussi n'avons-nous eu aucune hésitation pour choisir une opération innocente après laquelle la réparation pouvait se faire immédiatement. Si l'on a cité des cas de mort à la suite de sutures vaginales, on peut répondre que ces cas exceptionnels se rapportent pour la plupart à des malades ayant eu antérieurement des accidents inflammatoires pelviens ou portant actuellement des lésions rénales. Notre malade ne présentant aucune particularité, tous les avantages étaient en faveur de la méthode que nous avons mise en pratique.

Quant au procédé opératoire employé dans le cas présent, quoiqu'il ne présente rien de nouveau, quelques points cependant doivent être notés. D'abord l'emploi du lithotome pour faire l'incision de la cloison vésico-vaginale n'a été indiqué par aucun chirurgien avant M. Vallet, d'Orléans, et l'exemple de ce dernier ne semble pas avoir été suivi par d'autres. Cependant il suffit d'inciser la cloison avec le bistouri, pour se rendre compte que les tissus mous et mal soutenus fuient devant l'instrument, et qu'on ne se rend pas un compte exact de la longueur donnée à l'incision. Tandis que le lithotome, outre qu'il s'ouvre d'un écartement déterminé, tend de lui-même les tissus et rend l'incision facile, nette et de la plus grande précision. On peut objecter la nécessité d'une double manœuvre : ponction, puis introduction du lithotome; mais le chirurgien ne regrettera jamais la peine qu'il aura prise de changer d'instrument, quand il verra combien est facilitée son incision par cette pratique.

M. Vallet fait cette incision en travers du vagin. Nous n'avons pas suivi cet exemple, dans la crainte de rencontrer les plexus veineux latéraux signalés par M. Tillaux. De plus, on court, par ce procédé, le risque de couper les uretères, ce qui compromettrait singulièrement le succès de la suture et constituerait de graves dangers déjà connus dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

M. Valet voulait, en faisant l'incision transversale le plus profondément possible, atteindre l'endroit le plus épais de la cloison et augmenter les chances de réunion immédiate de la plaie suturée. Mais une pareille précaution n'est point nécessaire si l'on prend le

soin d'agrandir les surfaces saignantes en abrasant une partie de la muqueuse vaginale, de la même manière qu'on avive les bords d'une fistule vésico-vaginale. C'est ce que nous avons fait, et c'est peut-être pour avoir négligé d'agir ainsi que les premiers chirurgiens qui ont tenté la suture immédiate, comme M. Vallet (1851), Fergusson (1862) et Lane, n'ont pas toujours eu des réunions complètes et se sont trouvés quelquefois dans la nécessité de faire une seconde opération réparatrice. En agrandissant les surfaces de la plaie opératoire, celle-ci se trouve préparée dans d'excellentes conditions pour une réunion immédiate, conditions d'autant meilleures que la plaie est faite ici dans des tissus sains, tandis que pour les fistules vesico-vaginales les avivements portent sur des tissus en partie formés de cicatrices.

M. Terrier communique, au nom de M. le Dr Pozzi et au sien, l'observation suivante, digne de quelque intérêt clinique :

Tumeur solide (épithélioma myxoïde) des deux ovaires. — Double ovariotomie, abandon des deux pédicules dans l'abdomen. — Drainage du cul-de-sac recto-vaginal. — Guérison. — Marie B..., 25 ans, jeune fille vigoureusement constituée, a été réglée à 14 ans, mais d'une façon irrégulière ; elle fut atteinte de chloro-anémie, etc., à 19 ans, aménorrhée complète qui dura 4 ans.

En avril 1876, survinrent des douleurs abdominales, qui durèrent 3 semaines : il y eut du ballonnement du ventre, de la fièvre et on crut à une péritonite. Après cette crise violente, le ventre resta volumineux, et même commença à s'accroître, sans douleurs toutefois. L'aménorrhée persista jusqu'en janvier 1877 ; à cette époque les règles reparurent et restèrent régulières jusqu'à maintenant.

Le 31 août 1876, on fit une première ponction qui donna issue à 10 litres de liquide citrin. Le 28 novembre, deuxième ponction, évacuation de 12 litres du même liquide, injection de 100 grammes de teinture d'iode, bien que le diagnostic formulé par le médecin traitant fut ascite. A la suite de cette opération survinrent des douleurs vives, de la fièvre, du ballonnement du ventre, ces accidents durèrent 1 jour et demi. En somme, il y eut une légère péritonite.

Le liquide se reproduisit rapidement, mais avec moins d'abondance ; une troisième ponction fut faite le 14 juin 1877, et donna

issue à 13 litres de liquide. Nouvelle injection iodée de 150 grammes, suivie d'une péritonite violente qui dura 15 jours; 3 semaines après, le ventre était aussi gros qu'auparavant.

La malade se mit alors entre les mains d'empiriques, et fut soumise à des purgations répétées ; quoi qu'il en soit, l'ascite diminua notablement et demeura stationnaire pendant 8 mois.

Le 2 mars 1878, quatrième ponction, évacuant 16 litres de liquide ; l'épanchement ne se reproduisit qu'au bout de 7 semaines.

Le 22 juin, cinquième ponction, 14 litres de liquides sont retirés.

Ce fut à la fin d'août 1878 que la malade fut adressée à M. le Dr Pozzi.

Le ventre offrait le volume qu'il présente au terme de la grossesse, fluctuation très-superficielle uniformément transmise dans toutes les directions. La sonorité est localisée au niveau de l'épigastre, les changements de position de la malade ne la font pas se déplacer. Par le toucher vaginal, on n'atteint que très-difficilement le col et on ne peut rien sentir dans les culs-de-sac. L'état général est excellent, sauf des digestions un peu laborieuses et une constipation opiniâtre, qui oblige la malade à user de pilules purgatives. La marche est rendue pénible par le poids de l'abdomen, aucun travail n'est possible, aussi mademoiselle B... réclame-t-elle avec insistance une opération.

Pour faciliter l'exploration de l'abdomen et formuler un diagnostic, M. Pozzi, fait une nouvelle ponction (6e), qui permit d'évacuer 14 litres d'un liquide citrin parfaitement fluide, légèrement mousseux.

Le Dr Mehu, qui voulut bien se charger de l'examen chimique de ce liquide, « le considère comme un liquide d'ascite, probablement produit par la présence d'une tumeur solide (utérine?). Ce liquide contient d'assez nombreux leucocytes pour justifier la présence de quelques flacons d'albumine. Le liquide a laissé 54 grammes de matières fixes par kilogramme. »

M. Chambord, préparateur au laboratoire d'histologie du collége de France, a étudié le même liquide, au point de vue micrographique. « Le liquide, dit-il, est fortement chargé de mucine ; il ne contient comme éléments figurés, que d'assez nombreuses cellules lymphatiques gonflées par la transformation muqueuse de leur protoplasma, et très-analogues aux cellules dites salivaires ; on y trouve aussi quelques hématies et de rares lamelles de cholestérine.

L'examen le plus attentif n'a pas permis d'y découvrir aucune cellule épithéliale. »

Après cette ponction, le palper abdominal permit au Dr Pozzi de sentir très-nettement une tumeur dans le flanc gauche. Cette tumeur paraissait avoir le volume d'une tête de fœtus à terme, sa consistance était élastique, ses connexions avec l'utérus paraissaient intimes, car les mouvements imprimés à la masse morbide se transmettaient au col, exploré par le toucher vaginal. La mobilité de la tumeur était très-nette mais peu étendue. A droite, la tumeur déborde sensiblement la ligne médiane, mais paraît s'enfoncer dans le petit bassin, où on la suit difficilement.

Je fus appelé à voir la malade quelques jours après la ponction, alors que du liquide s'était déjà reproduit dans l'abdomen. Le diagnostic posé après une étude attentive des antécédents et de l'état actuel, fut : Tumeur solide de l'ovaire gauche avec un grand kyste, ou bien plutôt avec une ascite symptomatique. L'intervention chirurgicale fut jugée possible, bien que les connexions étroites de la tumeur avec l'utérus fissent présager de grandes difficultés opératoires.

L'opération fut pratiquée le jeudi 26 septembre 1878, par le Dr Pozzi, avec ma coopération et avec l'assistance des Drs Charles Monod, de Sinéty, Leblond et Schwartz.

Incision de 8 centimètres sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic ; grande vascularité des parois abominales, nécessitant l'application de nombreuses pinces hémostatiques. L'ouverture du péritoine donne issue à une grande quantité de liquide ascitique : on aperçoit alors une masse mamelonnée en chou-fleur qui remplit toute la cavité pelvienne et remonte jusqu'à l'hypogastre. Cette masse, qui paraît formée par une multitude de petits kystes agglomérés, offre le volume d'une tête de fœtus à terme. En passant la main autour d'elle, on constate qu'elle est libre dans toute son étendue, sauf au niveau du ligament large et de l'utérus, qu'elle coiffe pour ainsi dire et avec lequel elle paraît faire corps.

L'incision abdominale, jugée insuffisante pour extirper cette tumeur, fut prolongée à gauche, en contournant l'ombilic et dans une étendue de 4 centimètres.

Passant alors ma main en arrière de la masse polykystique, je parvins à la séparer en deux parties et à la circonscrire à droite en la dégageant du cul-de-sac recto-vaginal où elle était un peu enfoncée.

Une broche et une anse de fil de fer furent placées à la base de ce segment gauche de la tumeur sur le pédicule de l'ovaire gauche, près de l'angle gauche de l'utérus qu'on a pu découvrir entre les deux principaux lobes de la masse polykystique. Le serre-nœud étant placé, le pédicule de la tumeur fut solidement étreint, puis sa section fut faite à l'aide d'un couteau à amputation, la ligature et la section comprenaient la trompe gauche; il en résulta une sorte de moignon épais et presque sessile.

La même opération fut faite pour le lobe droit; toutefois, ce lobe plongeant jusqu'au fond de l'excavation pelvienne, dans le cul-de-sac recto-vaginal, il fut très-difficile de le faire basculer en avant, de manière à l'attirer au dehors. Une broche et une première ligature en fil de fer furent aussi placées sur le pédicule qui n'était autre que la trompe gauche.

Les deux tumeurs polykystiques ainsi enlevées, on se trouvait en présence de deux pédicules qui, beaucoup trop courts, ne pouvaient être fixés au dehors. Il fut donc résolu de substituer aux deux ligatures métalliques des ligatures de catgut, de manière à laisser les deux pédicules dans l'abdomen. Deux ligatures furent appliquées à gauche, trois autres du côté droit. Cette partie de l'opération a été la plus longue et la plus laborieuse. Il fallut ensuite nettoyer avec soin le petit bassin, souillé par du sang et de nombreux débris de la tumeur, qui s'est pour ainsi dire émiettée partiellement, sous forme de fragments ayant l'aspect d'hydatides.

La cavité abdominale offrait alors un aspect très-singulier : le péritoine pariétal présentait une rougeur lie de vin, indice d'une vascularisation exagérée, à laquelle, comme on l'a vu, les parois abdominales avaient elles-mêmes participé.

Les intestins, réunis en un paquet volumineux, étaient parfaitement maintenus par des adhérences, et n'avaient aucune tendance soit à faire hernie hors de la plaie, soit même à descendre dans le petit bassin.

Ces deux particularités : la vascularisation anormale du péritoine et l'agglutination complète des anses intestinales, sont évidemment les résultats de la double injection iodée, suivie de péritonite, qu'à subie la malade. L'enkystement de l'ascite explique les incertitudes du diagnostic formulé plus haut, la collection liquide ayant la plupart des caractères d'un grand kyste ovarique.

Par suite de cette disposition, la place occupée par la tumeur n'avait

aucune chance d'être remplie par le déplacement des anses intestinales, et en particulier le cul-de-sac recto-vaginal demeurait largement béant. En présence de ce fait, M. le Dr Pozzi insista pour qu'un tube à drainage fût placé dans cet espace vide, où devait forcément, lui semblait-il, se faire une exhalation séro-sanguine. A ce moment surgit une nouvelle difficulté, le fabricant d'instruments de chirurgie, présent à l'opération, n'avait pas apporté de trocart. On se passa de cet instrument en faisant, à l'aide de ciseaux et par l'intermédiaire de l'abdomen, une incision sur le cul-de-sac recto-vaginal, soulevé sur l'index introduit dans le vagin. Le tube fut ensuite entraîné avec des pinces.

L'utérus, offrant de chaque côté la section des pédicules des tumeurs ovariques, reste isolé à la partie antérieure du petit bassin ; il est fortement porté en avant.

La toilette de l'excavation pelvienne achevée, le ventre fut fermé par huit points de suture profonds de fil d'argent et deux sutures superficielles. On laissait dans le ventre 5 ligatures de catgut, et l'anse du tube à drainage, dont une extrémité sortait par le vagin, l'autre au-dessus du pubis.

L'opération, le pansement compris, avait duré en tout 1 heure 1/2.

Le Dr Pozzi fut seul à donner des soins à la malade; dans les deux premiers jours qui suivirent l'opération la malade eut une fièvre assez vive, 39°,5; du reste, pas de vomissements, pas de nausées, un peu de sensibilité du ventre, seulement du côté gauche et à la pression. Il se produisit un abondant écoulement de liquide séro-sanguinolent par le drain ; des lavages à l'eau phéniquée, puis à l'eau alcoolisée et phéniquée, furent faits dans le vagin et dans le drain. La malade fut sondée régulièrement.

Le 3e jour (29 septembre), la température baissa un peu (38°,2), l'état général paraissait meilleur, les douleurs provoquées par la pression du ventre étaient disparues.

La suppuration apparaissait au niveau du drain et dans le vagin, la température s'éleva tous les jours suivants et atteignit 39°,8 le 9e jour qui suivit l'opération : toutefois, vu l'absence de tout accident du côté des voies digestives et du péritoine, la malade pouvait déjà s'alimenter un peu.

Les points de suture furent enlevés très-rapidement, 6 (4 profonds et 2 superficiels) le 4e jour, et les 4 autres profonds le 7e jour.

A partir du 7e jour (3 octobre 1878), l'état fébrile persista pendant

encore une dizaine de jours, tout en diminuant peu à peu ; en effet la température oscilla entre 39°,8 (le 6 octobre) et 38°,5 (le 12 octobre).

Le 7, une traction est faite sur le tube à drainage, de manière qu'il cesse de passer au-dessus du pubis ; du reste, un fil relie ses deux extrémités, dont la supérieure plonge ainsi directement dans le petit bassin, tandis que l'inférieure continue à sortir par le vagin. C'est un premier pas de fait vers l'ablation du tube.

On continue les injections par le drain et par l'orifice abdominal occupé précédemment par le tube à drainage.

Le 9 octobre, le toucher vaginal permet de reconnaître que le tube est tombé dans le vagin, le fil qui réunit ses deux extrémités libres fait seul séton. L'orifice sus-pubien est encore béant et les injections faites par le vagin viennent y sourdre lentement.

Le 10, la suppuration est à peine sensible. L'injection (1 litre 1/2 environ) sort avec une légère teinte opaline ; le bas-ventre commence à se déprimer, comme pour combler la cavité qu'y a laissée l'ablation de la tumeur.

Le 11, le tube et le fil sont retirés. L'injection faite par l'ouverture sus-pubienne ne pénètre plus ; celle qu'on fait par le vagin vient encore sourdre par l'orifice sus-pubien.

Le 12, la malade urine seule pour la première fois et depuis on ne l'a plus sondée. Une légère purgation provoque quelques troubles digestifs et un vomissement, le seul qu'ait jamais eu la malade.

A partir de ce jour, malgré une élévation persistante de la température, la convalescence commence ; la suppuration vaginale cesse et l'orifice sus-pubien s'oblitère peu à peu, ce qui amène quelques accidents de rétention les 18, 19 et 20 octobre. Ce dernier jour, au moment où on faisait l'injection, il s'écoula environ 2 grandes cuillerées de pus crémeux par l'orifice sus-pubien ; une exploration faite avec une sonde en gomme permet de constater que celle-ci pénètre facilement à 20 centimètres de profondeur. Il existe un peu d'empâtement à la partie inférieure de la cicatrice.

Le 22 octobre, ouverture spontanée d'un petit abcès, au niveau de la partie inférieure de la cicatrice, à 2 centimètres au-dessus de l'orifice du drain ; il s'en écoule environ 2 cuillerées de pus.

A partir de ce moment, la guérison a marché avec tant de rapidité et si régulièrement, que M. le Dr Pozzi n'a plus jugé utile de rédiger l'observation jour par jour.

Les orifices sus-pubiens du drain et de l'abcès se sont fermés promptement.

La malade, toujours un peu tourmentée par des digestions difficiles, repart pour son pays à la fin de novembre; elle était entièrement guérie.

Fait curieux à signaler èt que je vous ai déjà mentionné à propos d'une double ovariotomie pratiquée par M. le professeur Verneuil : la malade de M. le Dr Pozzi a eu ses règles à la fin d'octobre et à la fin de novembre. Cette persistance de la menstruation, malgré l'ablation de deux ovaires, ne serait d'ailleurs pas très-exceptionnelle, au dire de quelques ovariotomistes.

L'examen histologique de la tumeur, fait au laboratoire d'histologie du Collége de France, par M. Chambard, permit de reconnaître qu'on avait affaire à un *kyste proligène* de l'ovaire, à un *épithélioma mucoïde* de M. Malassez.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. J'ai vu opérer, par Spencer Wells, un kyste analogue à celui dont M. Terrier vient de nous parler. Les intestins étaient agglutinés et il y avait des adhérences dans une grande étendue. Spencer Wells les déchira presque brutalement, fit des ligatures avec des fils de soie et plaça, à la partie inférieure de la plaie, un tube de verre par lequel le liquide accumulé pouvait s'écouler et par lequel on faisait des injections d'eau phéniquée; la guérison fut complète.

Le drainage fait de cette manière, qui présente de grands avantages, est très-employé en Angleterre et M. Spencer Wells le préfère au drainage par le vagin, qui entraîne souvent des suppurations très-longues.

M. Panas. J'ai pratiqué une ovariotomie en ville, en employant la méthode antiseptique. Le pédicule était très-court, aussi je ne fis pas une suture complète et je laissai un orifice dans lequel je plaçai un tube de 2 pouces de longueur. Je fis des injections d'eau phéniquée par ce drain qui permettait l'écoulement des liquides.

Je pense que ce drainage est très-utile, car la mort tient beaucoup à la présence des liquides putrides, aussi est-il plus grave de fermer une plaie que de laisser une ouverture par laquelle peut se faire un écoulement des liquides de la plaie.

Le drainage de bas en haut est très-suffisant, et je le préfère au

drainage par le vagin dans lequel il peut se faire une accumulation de liquide qui peut être cause d'accidents.

M. Boinet. Je crois qu'on ne peut pas poser en principe que le drainage doive toujours être pratiqué. Dans le cas de tumeur avec adhérences, le drainage est excellent, mais dans les cas simples, il est tout à fait inutile.

Je désirerais savoir de M. Terrier si la malade a été suivie pendant longtemps, car c'est très-important pour pouvoir affirmer une guérison définitive. Dans des cas de tumeur charnue, comme celle dont vient de nous parler M. Terrier, j'ai vu souvent des récidives, après 15 ou 18 mois, avec des accidents cancéreux.

Je voudrais demander à M. Terrier, dans quel point ont été faites les 5 ou 6 ponctions, car l'enkystement, qui a été trouvé, peut tenir à ces ponctions.

M. Lucas-Championnière. Spencer Wells et Kess ne font le drainage que dans les cas compliqués, et de plus on introduit dans le tube de verre un tube en caoutchouc pour extraire le liquide accumulé et faire des injections.

M. Terrier. Je partage complétement l'avis de MM. Boinet et Lucas-Championnière, le drainage ne doit être employé que pour des cas particuliers ; mais d'après les indications que j'ai données de l'état dans lequel se présentait le kyste de notre malade, je crois que ce drainage était parfaitement indiqué. M. Pozzi insista particulièrement sur la nécessité de faire le drainage, mais nous n'avions pas de tube de verre et il fallut recourir à la ponction vaginale.

Quant aux points où furent pratiquées les ponctions, je dirai que c'est au point clinique.

(*Séances des 11 et 18 décembre 1878, Bull. de la Soc. de chir.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Le Dr Aust Lawrence montre l'utérus d'une femme morte d'une **rupture de la trompe de Fallope droite,** dans laquelle il y avait une dilatation. Dans la trompe gauche il y avait un kyste. La femme souffrait d'une endométrite pour laquelle le Dr Lawrence avait dilaté le col utérin et introduit de l'acide nitrique dans l'utérus. La rupture de la trompe avait causé une péritonite dont la malade est morte. Il

voudrait savoir si, dans l'opinion de la Société, la mort était le résultat de la médication intra-utérine.

Le Dr Barnes dit qu'il y a deux semaines une jeune femme est morte à l'hôpital Saint-Georges, chez laquelle on a trouvé des conditions semblables. Une telle rupture peut bien se produire sans aucun traitement.

Le Dr Braxton Hicks croit que la dilatation du col a pu causer la rupture.

Le Dr Playfair dit que l'emploi de l'acide nitrique doit son danger à la dilatation du col.

Le Dr Edis s'est servi de l'acide nitrique dans des centaines de cas sans aucun accident.

Le Président (Dr West) ne croit pas que le traitement ait causé la rupture.

Le Dr Aveling montre un petit robinet au moyen duquel on peut régler l'intensité de la chaleur dans le cautère du Dr Paquelin.

Le Dr Brunton montre un enfant atteint de *céphalhématome double.*

Le Dr Galabin lit une note sur deux cas de **rupture du vagin.** Dans le premier l'enfant était né par les forces naturelles. La mère était multipare, huit enfants vivants. Les accouchements avaient toujours été normaux. Pour faire la délivrance du placenta, le praticien a tiré sur le cordon, qui s'est rompu. Alors il introduisit la main dans le vagin pour retirer le placenta, et y rencontra les intestins. A son arrivée, le Dr Galabin trouva que le cervix était détaché du vagin dans l'étendue des deux tiers de sa circonférence. L'os utérin était fermé, et l'on ne put trouver le placenta. Alors le Dr Galabin a fait une gastrotomie pour nettoyer le péritoine et chercher le placenta. Il trouva le placenta couché au-dessus de l'utérus sur la vessie. La malade mourut quarante-heures après la délivrance.

Le second cas concerne une femme âgée de 41 ans, qui avait eu dix enfants délivrés normalement. A son arrivée, le Dr Galabin trouva que l'enfant et le placenta s'étaient échappés de l'utérus dans l'abdomen, et qu'il y avait une déchirure dans la paroi postérieure vaginale. L'enfant fut extrait par les pieds par l'orifice existant dans le vagin. La malade mourut quelques heures après la délivrance. L'étudiant qui appela le Dr Galabin avait cru que les lacérations qu'il sentait étaient dues à un placenta prævia. Le Dr Galabin dit que dans ces deux cas les ruptures s'étaient produites sous l'influence des contractions soudaines et violentes de l'utérus.

Le Dr Barnes fait remarquer que l'importance de ces deux cas réside dans ce fait que les ruptures étaient spontanées, et que l'on ne pouvait accuser aucun instrument d'en être la cause.

Le Dr Roper fait remarquer que chez ces deux femmes il y avait des conditions semblables : elles avaient eu beaucoup d'enfants, les abdomens étaient « *penduleux* », et les parois abdominales étaient affaiblies. Dans ces conditions l'utérus tombait en avant, et la paroi postérieure du vagin se trouvait dans un état de distension qui favorisait la rupture.

Le Dr Roper lit un travail sur certains cas d'**antéflexion de l'utérus**. Cette espèce de malformation était congénitale, et n'était ni un effet ni une cause d'un changement pathologique dans les tissus. L'axe de l'utérus présentait une courbe à concavité tournée en avant; il n'était fléchi en aucun point et ne présentait aucun angle. Il n'y avait pas de ramollissement des tissus, et même il était difficile de redresser l'utérus. Cette condition coexiste souvent avec une malformation du cervix et de l'os utérin, et du canal cervical. Afin de distinguer cette malformation des autres espèces d'antéflexion, l'auteur se propose de l'appeler « *antécurvature* » de l'utérus. Il croit que cette « antécurvature » est plus commune que les autres espèces d'antéflexion, et que chez les femmes non mariées surtout elle ne produit que des symptômes de dysménorrhée. Il a remarqué que d'autres malformations se rencontrent dans ces circonstances : 1° vagin court et conique, 2° périnée étroit, 3° distribution conique des poils sur le pubis, des poils longs sur les aréoles du mamelon, et une quantité surabondante de poils sur les jambes et les bras. La malformation de l'utérus cause souvent de la dysménorrhée. Quand la portion vaginale du cervix est fortement courbée, l'auteur l'incise. Il obtient les meilleurs résultats en dilatant le cervix par des bougies métalliques. Il y avait aussi dans ces cas une absence de désirs sexuels. Dans plusieurs cas le coït était douloureux, et souvent il y avait vaginisme. Il croit que toutes ces conditions sont le résultat d'un développement défectueux. Le pelvis aussi tenait du type masculin. L'auteur montre deux spécimens d'utérus ainsi courbés.

Le Dr Graily Hewitt dit que le Dr Roper veut faire une distinction trop nette entre les flexions acquises et les flexions congénitales. Il n'a pas trouvé cette différence. L'état des tissus utérins est pour beaucoup dans la production des flexions; il existe un ramollisse-

ment de tout le tissu utérin. Dans le traitement il se sert de la dilatation du cervix, et soutient l'organe au dehors par des pessaires.

Le Dr Braxton Hicks appelle l'attention sur une espèce de flexion que l'on peut appeler « amæboïde », dans laquelle un médecin reconnaît une antéflexion, et un autre médecin le prend pour une rétroflexion. Peut-être cette condition est produite par la contractilité du tissu, peut-être par une irritation dans l'ovaire.

Le Dr Barnes dit que la pigmentation, dans ses relations avec les maladies de la femme, n'a pas reçu l'attention qu'elle mérite. Il considère que l'étroitesse de l'os utérin complique souvent les flexions. Dans ces cas l'incision latérale a une grande valeur.

Le Dr Edis montre le placenta de jumeaux après un avortement survenu vers le cinquième mois. Ce placenta était petit, très-mince, et présentait des cavités curieuses en forme de coupes distribuées sur la surface et contenant du sang coagulé. Le mari avait eu la syphilis, et la malade avait eu trois avortements.

Le Dr Galabin présente des sections microscopiques d'un sarcome médullaire du cervix, production qui est assez rare dans cet endroit. La tumeur présentait tous les caractères cliniques d'un cancer; au début le sang coulait au moindre attouchement.

(*Séances du* 6 *nov. et du* 4 *déc.* 1878.)

Fancourt Barnes.

VARIÉTÉS

NOTE SUR LES HERNIES DE L'OVAIRE DANS L'ANTIQUITÉ.

Par le Dr Housé (de Condé).

Murat, dans son article ovaire du dictionnaire en 60 volumes, indique Soranus, d'Ephèse, comme étant le premier qui ait parlé de la hernie de l'ovaire; il ne donne pas la source de cette allégation; de plus, il oublie de dire que ce Soranus (1),

---

(1) Voyez Suidas.

fils de Ménandre, était l'ami de Moschion (1), et qu'il vivait l'an 97 de notre ère (2), ce qui le différencie d'un autre Soranus qui était, comme lui, de la même ville d'Ephèse.

Peyrithe avait à tort prononcé un arrêt qui établissait à tout jamais, pensait-il, une fusion entre ces deux médecins.

Soranus, dans son ouvrage de Gynécologie (3), aurait pu nous fournir des renseignements précieux, quoique cet ouvrage soit suspect sous plusieurs rapports ; mais les passages qui ont trait à la matière que nous étudions, n'existent qu'en titres à la table des chapitres (4).

Soranus, imprimé dans le « Medici Antiqui Omnes, » est tout à fait muet à ce sujet et ne présente d'ailleurs, dans tout son ensemble, qu'une maladroite pseudographie.

Aëtius, d'Amide, qui donne d'intéressants détails sur les hernies, et notamment sur celles des femmes, d'après Aspasie (5) et d'autres, ne parle pas de la hernie de l'ovaire.

Paul d'Egine décrit des observations et des opérations de hernies avec amputation du testicule, qui rappellent, sauf le sexe, la célèbre observation de Soranus.

Oribase, ce grand compilateur, nous a conservé dans son intégrité ce passage précieux sur les hernies de l'ovaire, passage que n'ont pas reproduit les deux abréviateurs qui précèdent. Pendant longtemps, nous n'en connaissions que les versions latines. Darenberg (6) nous a rendu le texte grec primitif et nous a donné la traduction française.

Voici ce document dans les trois langues :

---

(1) Gynécée de Moschion (inédit), par l'annotateur.

(2) Sprengel, *Histoire de la médecine*, IV, p. 359.

(3) Sorani Ephasii de Arte obstetricia..... Region. Prussor., 1838.

(4) περὶ υδροχηλης ; περὶ βουβωνοχηλης ; περὶ κιρσοχηλης.... p. 298.

(5) Parallèle entre l'opération de Huguier et celle d'Aspasie, Houzé, *Art médical*, 1re année.

(6) Oribase de Bussemaker et Daremberg, vol. III, p. 375.

Ἔνιοι δὲ, καθὼς βούλεται καὶ Χῖος, καὶ ἀνακρεμαστῆράς φασιν αὐτοῖς ἐμπεφυκέναι, καὶ ἡμεῖς δὲ τοῦτο ἐπὶ τῆς αὐτοψίας ἱστορήκαμεν ἐπὶ τινος ἐντεροκηλικῆς γυναικὸς, ἐπὶ ἧς ἐν τῇ χειρουργίᾳ προέπιπτεν ὁ δίδυμος, χαλασθέντων τῶν κατεχόντων αὐτὸν καὶ περιειληφότων αγγείων, σὺν οἷς καὶ ὁ κρεμαστὴρ ὑπέπεσεν.

Nonulli (1) vero, inter quos etiam est Chius, volunt æquales testium appendices qui cremasteres dicuntur, eis committi, id quod nos propriis oculis intuiti in muliere, cui intestina in *scrotum* descenderant, historiæ mandavimus, in qua cum chirurgiam exerceremus, testiculus ante cecidit, laxatis videlicet vasis ipsum continentibus et circumdantibus, et cum eo cremaster concidit.

Or, quelques-uns (2), comme le prétend également Chios, disent qu'il y a aussi des ligaments suspenseurs qui s'implantent sur les testicules (3) (ovaires). Nous même, nous avons, *de visu*, vérifié ce fait par l'expérience chez une femme affectée de hernie intestinale; chez cette femme, il y eut pendant l'opération une chute du testicule, par suite du relâchement des vaisseaux qui le retiennent et l'enveloppent, avec lesquels le ligament suspenseur s'échappa aussi.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté du 25 janvier 1879, M. le Ministre de l'Instruction publique a déclaré qu'il y a lieu de pourvoir a la chaire d'accouchements et des maladies des enfants vacante à la Faculté de médecine de Nancy.

Aux termes des statuts et des règlements universitaires, une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au Conseil académique. En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres, par envoi affranchi, soit à M. le Recteur, soit à M. le Doyen, avant le 27 février prochain.

Les candidats auront à produire :

Un acte de naissance dûment légalisé ;

Le diplôme de docteur en médecine.

Ils auront soin de faire connaître en outre :

La nature et la durée de leurs services dans l'enseignement ; les thèses, ouvrages et mémoires divers qu'ils auront publiés.

---

(1) Oribasii Collect. lib. Parisiis, 1555. Rosario interp., p. 308 (verso).

(2) L'auteur a légèrement modifié la traduction française.

(3) Hérophile est le premier (307 ans avant J.-C.) qui ait pensé à retracer les analogies anatomiques des deux sexes.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ACTION ÉLECTRO-ATROPHIQUE DES COURANTS CONTINUS.

Par le Dr Aimé Martin,
Médecin-adjoint, chargé du troisième service de vénériennes, à Saint-Lazare.

(SUITE) (1).

CHAPITRE II.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'anatomie pathologique des corps fibreux utérins est connue seulement depuis une époque très-récente, et l'opinion généralement admise sur leur structure intime ne laisse pas

(1) Voir numéro de février 1879.

que d'avoir, encore aujourd'hui, certains dissidents. Cependant tous les auteurs sont à peu près d'accord sur l'impropriété du terme *tumeur fibreuse*, *corps fibreux*, et, sauf Paget (1), Rindfleish, et Billroth, ils rangent ces tumeurs parmi celles dont l'élément primordial caractéristique est la fibre musculaire lisse. Ce sont, en somme, des myomes (ou léiomyomes). Le microscope seul pouvait nous révéler la véritable nature des corps fibreux. C'est à Vogel (2) et à Lebert (3) qu'est due la découverte des fibres musculaires lisses dans leur texture. Ces recherches ont été confirmées par de nombreux auteurs, parmi lesquels je dois citer mon illustre et excellent maître le professeur Robin. L'élément fondamental du fibro-myome utérin est la fibre musculaire lisse (4).

Voici, selon Virchow (5), comment le myome utérin prend naissance : la paroi utérine se compose de faisceaux nombreux de tissu musculaire à cellules lisses qui s'entrecroisent de mille manières, et circonscrivent ainsi des espaces remplis par un tissu conjonctif très-vasculaire. Dans les faisceaux ou trabécules on trouve également un tissu conjonctif rare, contenant peu de vaisseaux. Lorsque le développement d'une tumeur est immi-

---

(1) Paget. *Fibro-cellular tumours : fibrous tumours*. In *Lectures on surgical Pathology*. London, 1863, p. 448 et 472.

(2) Vogel. *Icones histol. path.*

(3) Lebert. *Comptes-rendus Soc. de biologie*, 1852, 1re série, t. IV, p. 68.

(4) Une autopsie pratiquée récemment à Saint-Lazare sur le corps d'une vieille femme morte d'une embolie, m'a permis de faire examiner par M. Hermann, préparateur au laboratoire d'histologie de la Faculté, une tumeur de ce genre. Cet habile anatomiste n'y a trouvé, en dehors de nombreux noyaux calcaires, qu'un mélange de tissu fibreux et de fibres musculaires lisses.

Ces concrétions calcaires se rencontrent fréquemment (surtout dans les fibromyomes anciens), soit dans la masse de la tumeur, soit à sa périphérie. Dans la séance du 7 janvier 1879 de l'Académie de médecine, le Dr Modret, du Mans, a présenté un myo-fibrome utérin provenant de l'autopsie d'une vieille fille de 78 ans ; il avait le volume d'une tête de fœtus et était recouvert d'une coque semblable à une coquille d'œuf, très-dure, que le couteau n'entamait que très-difficilement et qu'il fallut scier.

(5) Virchow. *Pathologie des tumeurs*, t. III, trad. française, p. 332 et suiv.

nent, quelques-uns de ces faisceaux perdent leur uniformité et se tuméfient dans certains endroits. Quand on isole un semblable faisceau on aperçoit dans son trajet une tuméfaction analogue à celle que produit un névrome sur un nerf.

Au fur et à mesure que le nombre des fibres musculaires augmente, il se fait à ce point une tuméfaction noduleuse qui reste toujours en connexion avec le reste du tissu.

Le myome utérin débute donc toujours dans l'épaisseur de la paroi utérine.

Se forme-t-il là une hypertrophie pure et simple des cellules déjà existantes, ou bien est-ce une néoformation de cellules analogues à celles du tissu utérin lui-même?

Pour Virchow, le développement du fibro-myome est, de tous points, semblable à celui de l'utérus dans la grossesse, et s'il y a seulement dans le myome une hypertrophie limitée à une portion de la paroi utérine, la similitude de structure est complète avec l'hypertrophie totale de l'organe.

Les myomes *mous* ont leur analogie dans l'accroissement physiologique de l'utérus pendant la grossesse et après les couches ; on y voit en effet prédominer les vaisseaux et les faisceaux musculaires, tandis que le tissu conjonctif y est relativement rare et assez lâche.

Les myomes durs se rapprochent plutôt des formes chroniques et indurées de l'hyperplasie morbide, qui succède assez souvent à l'augmentation de volume puerpérale.

M. le professeur Broca (1) insiste, au contraire, sur ce fait que les corps fibreux, qu'il désigne sous le nom d'hystéromes (mot qui signifie : tumeurs dont les éléments constitutifs reproduisent ceux du tissu propre de l'utérus), ne sont pas des hypertrophies, mais bien des néoplasies qui revêtent, en s'organisant, une structure analogue à celle du tissu adjacent.

Le tissu musculaire dans ces tumeurs est de formation récente; ce qui le prouve c'est que, ainsi que le disent MM. Cor-

---

(1) Broca. *Traité des tumeurs*. Paris, 1869, t. II, 1re partie, p. 252.

nil et Ranvier (1), certains myomes développés dans les parois utérines contiennent plus d'éléments contractiles que l'utérus tout entier.

Je me rallierais bien plus volontiers à l'opinion de Virchow, car, dans la grande majorité des cas, on peut suivre les connexions des fibres musculaires de l'utérus avec celles de la tumeur. De plus, on pourrait objecter à MM. Cornil et Ranvier que l'utérus gravide contient plus d'éléments contractiles que l'utérus à l'état de vacuité, et qu'il est pourtant admis que pendant la grossesse, il n'y a pas de néoplasies des éléments existants.

Les éléments musculaires de l'utérus ont précisément le pouvoir de rester pour ainsi dire à l'état latent, et sous certaines influences physiologiques, comme la grossesse, de se révéler sous un développement considérable. Est-il besoin même de rappeler que l'étude des fibres musculaires de l'utérus normal ne peut se faire d'une manière complète que sur un utérus gravide?

Quoi qu'il en soit, si l'on examine au microscope la structure intime de l'une de ces tumeurs, on voit qu'elle est formée de fibres musculaires lisses, constituant des faisceaux dirigés dans le même sens ou entrecroisés dans différentes directions, de façon que, sur une coupe, on pourra observer des faisceaux tranchés suivant la longueur, et d'autres coupés en travers.

Entre ces faisceaux musculaires on trouve du tissu conjonctif qui contient des cellules plasmatiques, des vaisseaux sanguins (artères, veines, capillaires), des vaisseaux lymphatiques et des nerfs. On observe quelquefois le long des faisceaux de fibres musculaires des îlots de tissu embryonnaire : « Les cellules contractiles pourraient naître là de la même manière que chez l'embryon, d'une transformation directe de cellules embryonnaires. » (Cornil et Ranvier.) C'est, du reste, l'opinion nettement formulée par Rindfleish et soutenue par Billroth;

---

(1) Cornil et Ranvier. *Histol. path.* Paris, 1869-76, 1re partie, p. 236, 3e partie, p. 1154.

ces auteurs pensent, en effet, que les fibres-cellules qu'on trouve dans les myomes ne sont qu'un degré dans l'évolution du tissu conjonctif.

Les vaisseaux qui rampent dans le tissu conjonctif interfasciculaire ne pénètrent jamais dans le faisceau lui-même

Un myome utérin contient donc trois des mêmes éléments anatomiques que l'utérus, c'est-à-dire des fibres musculaires lisses, du tissu conjonctif et des vaisseaux.

Or, selon que l'un de ces trois éléments aura plus d'importance que les deux autres, la tumeur différera dans sa structure. Le tissu musculaire peut y prédominer; dans d'autres cas, c'est le tissu conjonctif; d'autres fois, ce sont le tissu conjonctif et les vaisseaux.

Il y a un rapport bien net entre la composition élémentaire d'un myome et sa consistance. Dans les tumeurs où dominent les faisceaux musculaires et les vaisseaux, la consistance ressemble à celle de l'utérus gravide ; alors le myome est *mou*. Au contraire, à mesure que le tissu conjonctif prend plus d'importance, les vaisseaux disparaissent en partie, ainsi que les fibres musculaires, et la consistance de la tumeur augmente; l'aspect est presque fibreux, le myome devient *dur*.

C'est ainsi quelquefois que, par suite d'une évolution lente et graduelle, l'élément musculaire disparaît. La proportion de tissu musculaire varie en effet du dixième à la moitié de la masse totale de la tumeur. Ce ne sont le plus souvent que les fibro-myomes anciens qui subissent cette dégénérescence fibreuse et présentent cette dureté caractéristique; mais on peut observer certaines de ces tumeurs plus ou moins *dures* dès leur début. M. Broca dit en avoir trouvé quelques-unes.

Il me semble bien prouvé que les divergences si tranchées des opinions émises par les divers auteurs touchant la texture histologique des fibro-myomes utérins, tiennent surtout à la période d'évolution dans laquelle se trouvaient les tumeurs lorsqu'elles ont été examinées et à la variabilité de leurs éléments constitutifs. C'est ce qui peut nous expliquer, par exemple, comment nous trouvons, dans une très-bonne étude sur

les polypes fibreux de l'utérus, par M. de Montfumat (1), cette opinion, qui s'appuie, du reste, sur plusieurs examens micrographiques, à savoir que l'absence d'éléments vasculaires dans un corps fibreux est un caractère négatif suffisant pour le distinguer du tissu utérin.

Nous allons, maintenant, étudier plus particulièrement les connexions des myomes avec l'utérus.

M. Broca dit avoir observé des hystéromes très-peu volumineux, situés au-dessous du péritoine et absolument isolés du tissu musculaire utérin; il a rencontré, aussi, de ces sortes de tumeurs, entourées et comme enkystées par une zone de tissu cellulaire et placées dans la paroi utérine même, de telle façon qu'il était très-facile de les énucléer, sans que l'opération présentât de difficultés. Le savant professeur raconte même, avec une sorte d'étonnement, le luxe de précautions dont Blandin crut devoir s'entourer pour opérer deux fibro-myomes utérins. C'est sur ces faits que s'appuie l'auteur pour affirmer la nature néoplasique de ces tumeurs.

Il est certain que M. Broca décrit parfaitement ce qu'il a vu, et les faits qu'il avance sont incontestables, autant qu'incontestés. Il reste seulement à savoir si la description donnée par l'éminent chirurgien comprend bien tous les cas de myomes utérins.

Aujourd'hui que la laparotomie s'est généralisée, qu'on a pu examiner ces tumeurs à toutes les périodes de leur développement, il me semble qu'on doit se rendre mieux compte des précautions prises par le clinicien Blandin.

C'est à Virchow que revient surtout l'honneur d'avoir décrit, d'une manière complète, les connexions des fibro-myomes avec le tissu utérin. C'est lui qui me servira de guide dans cette étude.

On sait que, depuis Bayle (2), ces tumeurs ont été divisées,

---

(1) De Montfumat. *Etude sur les polypes fibreux de l'utérus*. Th. de Paris, 1867, p. 26.

(2) Bayle. *Dict. des sc. méd*. Paris, 1813, t. VII, p. 72.

d'après leur siége, en corps fibreux sous-péritonéaux, en corps fibreux extra-pariétaux et enfin en corps fibreux sous-muqueux.

Nous avons vu aussi que la consistance des myomes variait beaucoup, et que ces variations correspondaient aux proportions relatives différentes du tissu musculaire et du tissu conjonctif qui les composent.

Pour les tumeurs intra-pariétales ou interstitielles, la connexion avec le tissu utérin est bien plus marquée que pour les autres variétés, et cette connexion est en rapport avec la consistance du myome. Plus la tumeur est molle, c'est-à-dire riche en fibres musculaires et en vaisseaux, plus la continuité avec le tissu utérin est facile à constater; plus au contraire la tumeur devient dure, c'est-à-dire moins elle est riche en vaisseaux et en fibres musculaires, plus le tissu conjonctif prédomine, et plus aussi la connexion avec le parenchyme utérin tend à disparaître.

Les myomes extra-musculaires (sous-péritonéaux et sous-muqueux) apparaissent plutôt, selon Virchow, comme de simples tumeurs accidentelles, étrangères à la paroi musculaire, bien qu'on puisse, sur eux aussi, dans les stades primitifs, facilement reconnaître leur connexité avec le tissu de l'utérus.

Ce qui est vrai pour les myomes sous-péritonéaux et sous-muqueux s'applique aussi aux myomes intra-pariétaux. Ceux-ci, en effet, par suite de leur développement graduel, commencent à proéminer, soit sous le péritoine, soit sous la muqueuse utérine, et cela d'autant plus vite qu'ils ont pris naissance plus près de ces parois.

On observe, tout d'abord, que les faisceaux superficiels du myome sont en continuité avec ceux de l'utérus; puis, la tumeur, augmentant de volume, fait de plus en plus saillie, et la couche de tissu musculaire tend à disparaître.

Plus tard, la tumeur n'est plus attachée à la matrice que par un pédicule plus ou moins large qui établit seul la connexion avec le tissu de l'organe qui lui a donné naissance. La tumeur pédiculée porte le nom de polype et quelques auteurs admettent même qu'elle peut se détacher de son point d'insertion et tom-

ber, soit dans la cavité péritonéale, soit dans la cavité utérine.

Au début, le polype est recouvert, encapuchonné, pour ainsi dire, par la séreuse ou par la muqueuse. On voit, parfois, cette dernière disparaître, surtout lorsque la tumeur se produit au museau de tanche, et ses bords taillés à pic laisser à nu le tissu musculaire du fibrome, rouge et saignant.

On comprendra facilement que les myomes intra-pariétaux, interstitiels, sont ceux qui conservent le plus longtemps leurs connexions avec le tissu utérin. Ils sont non-seulement formés de tissu musculaire, mais ils font, en quelque sorte, partie de la paroi utérine même. Ils peuvent atteindre (ainsi qu'on le verra dans nos observations) des dimensions énormes et modifier considérablement la forme et la direction de l'organe dans les parois duquel ils se sont développés. Les vaisseaux y sont très-dilatés, le tissu musculaire y est lâche et abondant. Ce dernier s'atrophie quelquefois et il ne reste plus, dans la trame de la tumeur, que du tissu conjonctif, quelques vaisseaux et des fibres musculaires en voie de dégénérescence graisseuse.

Quant à l'influence, par suite de laquelle cette modification histologique se produit, Virchow la rapporte à un processus inflammatoire chronique, à une sorte de métrite myomateuse.

Les formes diverses qu'on rencontre dans ces tumeurs sont les suivantes (1) :

1° Elles sont tantôt homogènes, non lobulées, molles, avec des faisceaux musculaires ayant habituellement une même direction;

2° Elles sont parfois aussi lobulées, avec des vaisseaux volumineux, béants, analogues aux sinus utérins. Cette apparence particulière avait fait croire à Cruveilhier que ces tumeurs ne contenaient que des veines; c'est aussi cette apparence qui leur a fait donner le nom de *myomes érectiles*. C'est à ce développement exagéré des vaisseaux que doivent être attribuées les hémorrhagies abondantes, si fréquentes dans ces cas.

Les myomes extra-utérins péritonéaux appartiennent plus

(1) Cornil et Ranvier. *Loc. cit.*

particulièrement aux formes dures. Ils ont, tout d'abord, avec la matrice, une connexion d'autant plus intime qu'ils ont débuté plus profondément dans la paroi musculaire de l'organe. Ils subissent souvent une dégénérescence, dont j'ai parlé plus haut, *la dégénérescence calcaire*. Cette curieuse modification de structure commence, le plus souvent, au centre des lobules des myomes; il y a alors, tantôt seulement infiltration calcaire de la substance unissante, tantôt pétrification complète de cette substance et des éléments musculaires, au centre des lobules ou dans toute leur masse (1). Ces sortes de myomes, n'étant pas gênés dans leur développement, peuvent prendre une extension, parfois énorme.

On observe, enfin, une dernière variété, c'est la dégénérescence graisseuse.

Les myomes intra-utérins ou sous-muqueux sont tantôt pédiculés, tantôt non pédiculés, selon leur degré de développement. Leur pédicule est parfois épais et charnu, parfois mince et fibreux. C'est surtout quand le polype est peu volumineux et fait une forte saillie que le pédicule s'amincit ainsi. Quand, au contraire, le corps fibreux a un diamètre plus considérable, il est contenu, en quelque sorte, par les parois internes de l'utérus, et son pédicule reste épais. C'est par ce pédicule qu'il continue à recevoir les vaisseaux de l'organe avec lequel il garde toutes ses connexions musculaires. Les myomes de cette variété sont généralement mous et très-vasculaires.

Je dois encore signaler une autre transformation des myomes, et surtout des myomes intra-utérins et des polypes sous-muqueux ; c'est la transformation muqueuse qui s'associe quelquefois à la dilatation des vaisseaux dont j'ai parlé tout à l'heure.

Il se produit alors dans la tumeur, des sortes de kystes que Cruveilhier a décrits sous le nom de *géodes*. Ces kystes renferment un liquide muqueux, des débris d'éléments muscu-

(1) Cornil et Ranvier. *Loc. cit.*

laires et, dans quelques cas, du sang provenant des ruptures des vaisseaux qui les tapissent.

J'ajouterai, pour terminer cette trop longue mais nécessaire étude d'anatomie pathologique, que, très-souvent, les myomes utérins sont multiples et qu'on peut en trouver, chez le même sujet, plusieurs, de diverses variétés et à des degrés différents de développement.

CHAPITRE III.

DE QUELQUES MODES RÉCENTS DE TRAITEMENTS MÉDICAUX OPPOSÉS AUX FIBRO-MYOMES UTÉRINS.

La fréquence des corps fibreux utérins, leur gravité, le danger des méthodes opératoires, sont des raisons suffisantes pour légitimer les essais que, depuis quelque temps, les médecins de tous les pays ont mis en œuvre pour leur traitement.

Je ne parlerai pas de la douleur, symptôme relativement rare des fibro-myomes, contre laquelle on a employé bien des procédés thérapeutiques divers, les antiphlogistiques, les révulsifs, les calmants de toutes sortes, les refoulements de l'utérus au-dessus du détroit supérieur du bassin, les ceintures compressives, les applications de glace, le tamponnement vaginal, la dilatation du canal cervical avec la tente-éponge, suivie d'une injection utérine de teinture d'iode, etc., etc.

Quant à la disparition de la tumeur, à son atrophie, on a proposé, pour l'obtenir, des médications de toutes espèces. Sans énumérer les méthodes anciennes, au premier rang desquelles nous trouvons les altérants, les fondants et le traitement arabique (*cura famis*) ; un grand nombre de moyens médicaux ont été préconisés, et d'abord, les alcalins à haute dose, notamment les eaux de Vichy, Vals, Plombières, Kreuznach, Kissingen, ensuite l'usage prolongé de l'iodure de potassium ou du bromure, les purgatifs et les diurétiques, le régime lacté, les pessaires et les suppositoires à base de belladone ou d'iodure de

plomb, la compression méthodique exercée sur l'abdomen, le badigeonnage avec la teinture d'iode, l'association des préparations ferrugineuses avec des injections iodées dans l'utérus, etc., etc.

Aucun de ces procédés n'a donné de résultats absolument satisfaisants.

En revanche, depuis quelques années, l'ergotine, sous la forme d'injections hypodermiques, a joui d'une grande faveur dans le traitement de ces tumeurs ; elle paraît être entrée dans la pratique courante des médecins allemands et américains.

Je n'ai pas la prétention d'exposer en détail ce nouveau mode de traitement qui a été, du reste, de la part de M. Delore (de Lyon), et dans ce recueil même, l'objet d'un savant article.

Il m'a paru seulement intéressant de relever certains points relatés par ceux de nos confrères qui ont employé l'ergotine. Il me semble, en effet, qu'il y a une certaine analogie entre l'action de cette substance et celle de la méthode que je préconise. Les indications de l'emploi de l'ergotine contre les fibromyomes utérins, et ses contre-indications, pourront, peut-être, fournir d'utiles renseignements au praticien désireux d'appliquer, en pareil cas, les courants continus.

Dans le cas où cette similitude d'action serait acquise, il faudrait se demander à quel mode de traitement on devrait donner la préférence. C'est une question qu'il est impossible de traiter actuellement, car il nous manque, pour la résoudre, l'élément primordial, c'est-à-dire des statistiques comparatives nombreuses et suffisamment exactes.

En l'absence de ces statistiques, il ne sera pas inutile d'insister sur les inconvénients, sur les dangers peut-être, de l'usage prolongé de l'ergotine.

Quelques travaux récents ayant paru sur ce sujet, j'ai pensé être utile aux lecteurs des *Annales de gynécologie*, en leur fournissant les moyens de s'éclairer aux sources mêmes.

Hildebrandt, un des médecins allemands qui se sont le plus

---

(1) Hildebrandt. *Ueber behandlung der uterus fibrome und myome durch*

occupés de ce mode de traitement, a obtenu un certain nombre de succès, tous relatifs, et, aussi, un certain nombre d'insuccès complets.

Il a tracé, ainsi qu'il suit, les indications de l'ergotine. Ce traitement est applicable surtout : 1° lorsque la consistance élastique du fibrome indique sa richesse en fibres musculaires ; 2° lorsque le siége de la tumeur est sous-muqueux ; 3° enfin, lorsque l'intégrité des parois utérines est conservée, c'est-à-dire lorsqu'elles ont gardé leur contractilité et qu'elles ne sont pas amincies par une distension exagérée, ni rendues rigides par la présence d'exsudats amenés par l'existence d'une para ou périmétrite dans le voisinage de la tumeur.

Le Dr Atlee (1) s'exprime ainsi : « L'ergot ne doit être employé que lorsque le fibrome est interstitiel ou sous-muqueux ; jamais quand il est sous-péritonéal ou qu'il siége dans le col utérin. »

Comme Hildebrandt, ce médecin n'emploie les injections d'ergotine que dans les cas où il y a lieu de croire que la tumeur est environnée de tissu musculaire, et il recommande d'interrompre le traitement pendant d'assez longs intervalles.

Tout récemment, Winckel et Léopold ont rapporté les résultats de leur pratique. Le Dr Winckel (2), qui professe un grand enthousiasme pour la méthode d'Hildebrandt, l'a expérimentée dans un certain nombre de cas. Voici les résultats qu'il obtint chez sept malades atteintes de fibro-myomes utérins.

Dans deux cas, il n'y eut aucun résultat ; chez cinq autres, le volume de la tumeur diminua très-notablement, surtout chez deux malades où, après 30 et 130 injections (avec 12 grammes d'ergot en pilules), le contour du ventre diminua de 22 et de 17 centimètres.

---

subcutane injectionen von Ergotin-losüngen. Beiträge zur Geburtshulfe und Gynækologie. Bd. III, H. f. t. 2.

(1) L. Atlee. *The treatment of fibroïd tumours of the uterus by ergotin. Philadelphia med. Times*, sept. 1876. Analysé in *Revue des sc. méd.*, 1877.

(2) F. Winckel. *Ueber myome des uterus*, etc. *Volkmann's Klin. Vorträge*, n° 98, 1878.

Quant aux résultats rapportés par le Dr Léopold (1), ce sont les suivants :

Sur douze malades, traitées par les injections sous-cutanées d'ergotine, il a constaté trois cas sans aucune amélioration; cinq cas dans lesquels la tumeur diminua plus ou moins et les hémorrhagies cessèrent.

Quatre cas où il y eut une notable rétraction de la tumeur.

Comme Hildebrandt et Steele (2), le Dr G. Léopold reconnaît n'avoir obtenu que des résultats incomplets dans les cas les plus heureux, et avoir échoué absolument dans le traitement d'un certain nombre de malades. Selon lui, les cas dans lesquels les injections hypodermiques d'ergotine réussissent le mieux sont ceux d'hypertrophie chronique avec hémorrhagie, c'est-à-dire ceux de fibromes sous-muqueux ou, tout au moins, intra-pariétaux.

Mais ce qui constitue surtout l'intérêt du travail du Dr Léopold, c'est l'examen micrographique qu'il a pu faire de deux fibro-myomes utérins, en voie de guérison, sous l'influence du traitement de l'ergotine. Une des malades dont il put faire l'autopsie avait succombé aux progrès de la phthisie pulmonaire, l'autre à une apoplexie cérébrale.

Il trouva, chez l'une, une tumeur interstitielle du volume du poing, d'un gris pâle, *exsangue*, présentant une consistance ferme, par rapport à celle du tissu de l'utérus. La tumeur était entourée d'une coque calcaire qui ne la recouvrait pas complètement et dont les lacunes formaient des ouvertures de forme irrégulière, à bords frangés et en zigzag. Cette coque calcaire contenait et protégeait, pour ainsi dire, les vaisseaux volumineux qui entouraient le fibrome d'un riche réseau sanguin.

Sous le champ du microscope, une coupe de la tumeur mon-

---

(1) G. Léopold. *Ueber den Werth der subcutanen ergotin-injectionen bei fibro-myomen und chronischer hypertrophie des uterus. Arch. für Gynæk.* Bd. XIII, p. 182, 1878.

(2) A. R. Steele. *Report of three cases of uterine fibroïd tumors treated by ergotine. Chicago med. Journal,* août 1876.

trait les faisceaux musculaires troubles et en voie de dégénérescence graisseuse.

Dans le second cas, la tumeur avait le volume d'un œuf ; elle était constituée par des fibres musculaires qui, comme celles de la précédente, étaient en voie de dégénérescence graisseuse, et même de calcification.

Le fait très-important, et particulièrement remarquable, à noter dans les deux cas, c'était l'absence presque complète de vaisseaux dans le parenchyme des deux myomes, contrastant avec la riche vascularisation qui les entourait.

Je pourrais multiplier les faits, rapportés, en si grand nombre, par les différents auteurs, qui, dans ces dernières années, se sont faits les champions du traitement des fibro-myomes par les injections d'ergotine. On y verrait que cette médication est des plus infidèles et que ses résultats les plus heureux sont toujours partiels.

Un point sur lequel s'accordent tous les observateurs, c'est la disparition, à peu près constante, des hémorrhagies et c'est certainement un point très important ; mais je prouverai plus loin que ma méthode offre, avec plus de certitude encore, ce remarquable avantage.

Un autre résultat, mis à l'actif des injections d'ergotine, c'est l'expulsion de la tumeur par les contractions utérines, expulsion qui s'est produite dans un certain nombre de cas. Ce résultat est, sans aucun doute, très-satisfaisant ; mais nous ne devons pas oublier qu'il se produit souvent d'une manière spontanée, et j'aurai l'occasion, plus loin, de citer, dans trois de mes observations, des expulsions analogues provoquées très-manifestement par l'action électro-atrophique des courants continus.

Si nous examinons maintenant les accidents causés par les injections sous-cutanées d'ergotine, nous voyons qu'ils peuvent présenter une certaine gravité.

Ce sont d'abord des accidents locaux, se manifestant au niveau des piqûres, tels que des douleurs très-vives, ou même parfois des abcès, qui forcent à suspendre le traitement ; mais ce sont surtout des accidents généraux plus ou moins graves contrai-

gnant les médecins, qui préconisent ce mode de traitement, à conseiller de fréquentes suspensions dans son application.

Si l'on considère le nombre, souvent si considérable, d'injections hypodermiques d'ergotine supportées par certains malades on comprend que leur danger est loin d'être imaginaire.

Dans un cas, le Dr Münster (1), après 303 injections, constata des symptômes d'intoxication assez graves et, en particulier, des tremblements des pieds et des mains, des troubles de la circulation cérébrale, des sécrétions et de la nutrition.

Une injection sous-cutanée d'ergotine donna lieu, dans un cas, à l'explosion d'une péritonite (Everett) et, enfin, chez une des malades du Dr Léopold, qui succomba à une apoplexie cérébrale, tout fait supposer que le traitement qu'elle suivait fut une des causes, si ce n'est la cause principale, de l'affection qui eut une terminaison si fatale.

Un autre cas, dû au Dr Münster, est instructif à un autre point de vue. A mesure que ce médecin constatait, chez sa malade, soumise aux injections d'ergotine, la diminution de la portion interstitielle d'un fibrome sous-péritonéal, il constatait aussi que la tumeur apparaissait plus nette et plus saillante du côté du péritoine.

En somme, je n'ai rien trouvé, dans les différents auteurs qui, depuis M. Delore, se sont occupés de ce mode de traitement, qui démontrât son efficacité, plus complètement que ne l'avait fait le savant chirurgien lyonnais. Il me semble sage et prudent de s'en rapporter actuellement aux règles tracées par Hildebrandt et de n'user des injections d'ergotine que dans les cas qu'il a nettement indiqués.

Je ne sais si le lecteur partagera ma conviction lorsqu'il aura lu mon travail ; mais il me semble que ma méthode, sans avoir aucun des inconvénients de l'ergotine, donne des résultats au moins aussi satisfaisants que les siens au point de vue thérapeutique ; comme elle, elle supprime les hémorrhagies,

---

(1) Münster. *Zür behandlung der uterus fibrome mit subcutanen ergotin-injectionen. Deutsche med. Woch.*, 1877, nos 14 et 15.

symptôme si grave et si menaçant de certaines formes des tumeurs fibreuses utérines : comme elle aussi, elle détermine l'expulsion de certaines autres formes de ces tumeurs, et enfin, je n'ai jamais eu le moindre accident sérieux à inscrire à son passif.

J'ajouterai en terminant ce chapitre, pour être complet, l'indication de quelques travaux publiés à l'étranger, dans ces dernières années, sur les injections sous-cutanées d'ergotine dans le traitement des fibro-myomes utérins, travaux que je n'ai pas eu l'occasion de citer plus haut et qui, du reste, ne nous apportent aucun fait différent de ceux que j'ai indiqués.

1876. R. GORELEITSCHENKO. — *Ergotingebrauch bei chron. katarrh und fibromen des uterus.*

— *Mosc. med. Gaz. et Allgem. med. Central. Zeitung.*

1876. SAJAITSKY. — *Subcutane ergotin injectionen bei uterus fibroïden. Mosc. Wratsehebuy Westnik.*, n° 17.

1876. BAUR. — *Ueber ergotin behandlung bei uterus myomen. Tubingen, Inaugural. Dissert.*

1878. H. BRUBAKER. — *Two cases of intra-uterine submucous fibroïd tumor successfuly treated by the use of ergot. Philadelphia med. Times*, n° 265.

(*A suivre.*)

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE
CHEZ LA FEMME

Par le Dr Émile Fissiaux
Ex-interne de Saint-Lazare.

(SUITE ET FIN) (1).

COMPLICATIONS.

Les rétrécissements de l'urèthre chez la femme peuvent entraîner des conséquences fort graves et s'accompagner de complications qu'il est bon de connaître.

Je mentionnerai tout d'abord la rupture de la vessie, accident d'une gravité exceptionnelle, mais heureusement des plus rares. Elle peut survenir dans les mêmes conditions que che l'homme.

Je passerai de suite à une lésion qui fut souvent observée : fistule vésico-vaginale.

Tantôt cette lésion est causée par le rétrécissement lui-même. L'observation personnelle que je donne plus loin le prouve suffisamment. C'est, dans de semblables circonstances, une complication des plus heureuses ; elle empêche la rupture de la vessie dans la cavité abdominale, accident toujours mortel. L'urine, ne trouvant plus sa voie naturelle, remplit la vessie et la distendant outre mesure, finit par la rompre au niveau du vagin et fait irruption dans ce conduit. Peut-être y a-t-il tout d'abord formation d'un abcès urineux qui aboutit comme chez l'homme à l'établissement d'une fistule urinaire.

Tantôt la fistule vésico-vaginale, au lieu d'être une conséquence de rétrécissement, n'en est qu'une coïncidence et recon-

(1) Voir le numéro de janvier 1879.

naît la même cause que lui, le traumatisme. Les cas de ce genre sont assez fréquents. L'observation III, publiée plus haut, une autre que je n'ai pu retrouver et qui, d'après Mercier, fut recueillie par Hoffmann, une troisième de Blundell, en sont des preuves suffisantes.

J'ajouterai la suivante que j'ai trouvée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* et qui est due à M. le Dr Duboué.

Observation VIII.

Le 19 août 1862, j'ai été appelé, dans une commune distante de 3 ou 4 lieues de Pau, auprès d'une femme qui était en travail depuis quarante-huit heures. Cette femme, âgée de 34 ans, était arrivée au terme de sa quatrième grossesse et n'avait éprouvé aucun accident aux couches précédentes. Au moment où j'arrive, les eaux s'étaient écoulées depuis à peu près vingt heures, et bien qu'il y eût une présentation du sommet bien régulière, l'accouchement n'avait pas pu se terminer spontanément. Une application de forceps amène un enfant mort, et avant d'intervenir j'annonçai à la famille comme très-probable la production consécutive d'une fistule vésico-vaginale. Ce trop facile pronostic ne tarde pas à se réaliser, et la semaine suivante j'apprends que cette pauvre femme ne peut plus retenir ses urines.

A quelques mois de là, passant par hasard à proximité de chez elle, je l'examine seulement par le toucher et l'engage à se faire opérer. Ce simple examen me permet de constater l'existence d'une fistule assez large, mais située près de la vulve, et je ne prévois pas d'après cela de grandes difficultés. Ce n'est que le 15 juin 1863, après bien des hésitations et grâce aux conseils de M. le Dr Bergeret, de Morlaix, qu'elle se rend à Pau, dans le but de se débarrasser d'une infirmité qui la fait beaucoup souffrir. . . . .

. . . .

La fistule, que je mets à découvert à l'aide du spéculum de M. Bozeman, apparait à moins de deux travers de doigt de l'orifice vulvaire, sous la forme d'une ouverture large et irrégulière offrant aux extrémités de son plus grand diamètre des bords épaissis et étendus de tissu cicatriciel. . . . .

. . . .

Cherchant à explorer l'urèthre, je veux y introduire une sonde de trousse ordinaire, mais je ne peux y parvenir; renouvelant le même examen avec un stylet très-mince en argent, je ne suis pas plus heureux, et après des recherches longues et infructueuses j'acquiers la certitude que ce canal est oblitéré. La sonde comme le stylet pénètre dans le méat urinaire jusqu'à une profondeur de 3 à 4 centimètres, mais rencontre en ce point une cloison complète et épaisse, autant que je puis en juger, de 2 millimètres environ. Du fond de l'urèthre oblitéré partent des brides cicatricielles qui se prolongent jusqu'à la face postérieure du pubis, à 1 centimètre environ au-dessus du rebord formé par l'arcade pubienne.

Il n'est pas douteux que la pression prolongée de la tête fut ici la cause et de la fistule et du rétrécissement.

Certains auteurs cependant ont cru voir dans cette circonstance de la fistule vésico-vaginale et du retrécissement de l'urèthre de la femme, une relation de cause à effet. Ils ont prétendu que l'urèthre ne fonctionnant plus, c'est-à-dire ne servant plus au passage de l'urine, finissait par se resserrer d'une façon si absolue qu'un retrécissement pouvait en résulter. M. le Dr Duboué, tout en admettant que dans le cas cité par lui, le traumatisme devait être mis en cause, admet cependant cette étiologie comme possible.

Cette façon de penser, qui peut être juste pour certains organes tels que la vessie, ne me paraît pas admissible pour le canal de l'urèthre. A ce sujet, je citerai l'observation suivante due à Barthelemy Cabrol (1).

Observation IX.

En l'année 1550 estant à la suite de Monseigneur de Montmorancy, pair et premier mareschal de France, gouverneur et lieutenant-général pour le Roy, au pays de Languedoc, dès la ville de Beaucaire, sur

(1) Observations méd.. 1552.

les quatre heures du soir, il fut faict un salut d'arquebusade pour la garde de la ville au deuant de la porte de Madamoiselle de Varie, ou pour lors j'étois assis avec plusieurs damoiselles. Ceste scoppeterie, outre l'effroi commun, apporta encore un dommage particulier, car le papier de l'une de ces arquebuzades donnant sur le sable, resaillit sur le visage et sur les mains de trois ou quatre dont je fus appelé pour *penser* (sic) la plus blessée. En la pensant je senty une puanteur d'urine si forte que je fus contraint de la quitter sans la penser, ne sçachant toutesfois bonnement d'où procedait cette feteur ou de la blessée ou d'une autre qui me tenait la chandelle; mais bientost après je fus esclaircy de ce doute par Mademoiselle de Varie, qui m'asseura que c'estoit celle qui m'esclairoit qui puoit ainsi et que son père donneroit volontiers la moitié de son bien et qu'elle fut bien guérie ; je la priay de me la faire voir et m'offris d'apporter tout le remède que je pourrais à son mal. Sur ceste asseurance elle me fut présentée le lendemain et trouvay son ombilic allongé de quatre doigts et semblabe à la creste d'un coq d'Inde et qu'elle pissait ordinairement par l'ouraque, tout ainsi qu'elle faisoit dans le vêtre de sa mère. (Ceste expérience, confirmée par une infinité d'autres semblables, condamne l'opinion de Monsieur Paré, tres docte chirurgien et bien expert en l'anatomie, qui doute s'il y a d'ouraque ou non, outre que ceste partie est aisée à recognoistre, principalement ès jeunes enfants.)

Enfin ayant recongneu son mal, mon appareil estant prest, sur le point que ie voulois commencer l'opération, ie me représentay tout à coup le danger qui en pourroit advenir et que la mort seroit ineuitable en fermant le trou d'en haut si l'on ne donnoit issue à l'urine par le conduit d'embas. Mais la pitié fut à l'exhibition des pièces car la patiente qui pouuoit estre aagée de dix huict à vingt ans, n'y vouloit aucunement entendre.

Enfin, vaincue des prières du père et de la mère, consentit d'en faire la montre. Ie trouvay l'orifice de la vescie fermé d'une membrane espesse d'un teston au plus, le reste bien formé, qui fut cause que ie m'attaquay premièremêt à ceste partie inférieure et ayant faict l'ouverture, luy mis une canule de plomb jusques au dedans du corps de la vescie pour tenir le conduict libre et faire que l'urine eut son naturel passage par là. Le lendemain ie proceday à l'opération de l'ombilic et y fis une ligature pareille à celle des opérateurs, lorsqu'ils couppent une enterocèle, car ie fis passer l'éguille trois fois par un mesme trou en embrassant la seconde fois un des costés tant seule-

ment et la tierce l'autre avec un filet fort et bien ciré ; cela faict je couppay pres de la ligature, cauterisay le bout et l'escharre tombée, le traitay avec detersifs et desiccatifs comme ès autres ulcères et fut entièrement guerie dans douze jours : par ainsi ie m'acquittay fidellemêt de la promesse que j'avais fait de guerir mais ie me vis frustré de celle de Mademoiselle de Varie, la moitié du bien du père estant conuertie en un double ducat qui me fut donné pour le salaire de ma peine.

Cette observation prouve suffisamment que l'urèthre ne peut pas s'obturer par la raison toute simple qu'il ne fonctionne plus. Celui de cette jeune fille n'a jamais opéré la miction et cependant la destruction d'une membrane congénitale, permet à l'urine de reprendre sa voie d'excrétion physiologique. Il n'y avait aucun rétrécissement; la sonde probablement assez forte et certainement des plus primitives, pénètre sans effort dans la vessie.

Je pense enfin avec M. Mercier que le rétrécissement de l'urèthre chez la femme peut, dans certains cas, donner lieu à une incontinence d'urine permanente, c'est-à-dire subsistant après la guérison momentanée ou durable de ce rétrécissement.

Cette conséquence d'autant plus malheureuse qu'elle est incurable serait due, suivant cet auteur, à des lésions du col vésical. Le col subissant les mêmes contusions, le même traumatisme que l'urèthre, participerait à l'induration, à la dégénérescence fibreuse et resterait inapte à se contracter. Voici maintenant l'observation qui a suggéré cette idée à M. Mercier.

Observation X.

Une femme âgée d'une quarantaine d'années entre à la Charité dans le service de M. le Dr Bally. Elle avait une difficulté d'uriner, causée par un rétrécissement de l'urèthre, commençant à 4 ou 5 millimètres au-dessus de l'orifice externe. Elle me dit que cette dysurie lui était venue à la suite d'une couche laborieuse qu'elle avait eue

huit ans auparavant et que cette infirmité n'avait toujours fait qu'augmenter jusqu'à présent. Elle n'avait jamais eu de blennorrhagie. En peu de jours je fis passer des bougies de plus en plus volumineuses; mais chose qui me surprit beaucoup, c'est que dès le commencement du traitement cette femme se plaignit d'une incontinence; elle perdait ses urines goutte à goutte et continuellement. Je pensais d'abord que le sphincter avait été relâché par la distension que lui faisait éprouver l'urine arrêtée par le rétrécissement et qu'il ne tarderait pas à reprendre sa contractilité; mais il n'en fut rien; car quelque temps après sa sortie cette femme revint nous voir affectée de la même infirmité.

Il est certain que la dilatation progressive employée ici comme traitement ne fut pas cause de l'incontinence. La dilatation produit bien chez la femme cette triste infirmité, des exemples l'attestent, mais il faut qu'elle ait été poussée à des limites excessives. Dans le cas présent, quelle est la cause de l'incontinence? Est-ce, comme nous l'avons dit plus haut, l'inflammation du sphincter vésical produite par la cause elle-même du rétrécissement? Est-ce la dilatation excessive opérée par l'urine elle-même essayant de franchir l'obstacle placé dans l'urèthre? La réponse est difficile. Ces deux opinions dont la seconde est émise et abandonnée de suite par M. Mercier me semblent pouvoir être également admises. L'observation personnelle (XX), que je rapporte plus loin, donne aussi un exemple d'incontinence d'urine consécutive à un rétrécissement. Les deux modes pathogéniques cités précédemment sont ici l'un et l'autre également applicables. Quoi qu'il en soit, le rétrécissement de l'urèthre chez la femme peut certainement donner lieu à une incontinence d'urine permanente et incurable.

DIAGNOSTIC.

Je dirai peu de chose sur ce sujet. On ne saurait confondre le rétrécissement organique avec les rétrécissements spasmodiques ou inflammatoires.

Le spasmodique est caractérisé surtout par la soudaineté de ses symptômes et par les variations d'intensité que ces mêmes symptômes éprouvent.

Le rétrécissement inflammatoire n'existe que dans le cours de l'uréthrite et disparaît avec sa cause pathogénique.

Les rétrécissements causés par un polype sont en général assez faciles à reconnaître. La petite tumeur siége ordinairement près du méat; elle est facile à circonscrire. Implantée sur la muqueuse elle est ordinairement pédiculée. Sa vascularité très-grande lui donne une coloration particulière et occasionne une légère perte de sang quelquefois au moindre contact.

Les rétrécissements organiques seront facilement reconnus à l'aide des symptômes que nous avons décrits et surtout au moyen du cathétérisme. La sensation spéciale que transmettra la sonde, la constriction qui retiendra la bougie plus ou moins petite que le médecin aura pu faire pénétrer, seront autant de signes qui feront établir sûrement le diagnostic.

Enfin dans les cas douteux on pourra se servir de l'uréthroscope ou simplement d'un petit speculum uteri dont on aura soin de ne pas trop écarter les valves.

QUATRIÈME PARTIE

TRAITEMENT

Les rétrécissements de l'urèthre de la femme ont été traités de diverses manières.

Hunter préconise la cautérisation, jamais elle ne fut employée. Pour M. le Dr Blum (1) les mouchetures, scarifications, incisions des points rétrécis, considérées comme inoffensives

(1) *Arch. de méd.* 1877

par Ricord, peuvent déterminer des accidents graves et ne doivent être employées que comme ressource dernière. Cependant pour être complet je dois dire que les docteurs Earle et Thompson pratiquèrent avec succès l'uréthrotomie interne chez la femme. Voici d'abord l'observation rapportée par le premier dans la Gazette médicale de Londres et dont la traduction m'a été gracieusement faite par M. Lucas, étudiant en médecine.

Observation XI.

Une dame âgée de 53 ans vint à Londres pour s'y faire soigner d'une maladie de vessie dont elle souffrait depuis longtemps. Son médecin ordinaire, très-instruit et d'une grande intelligence, m'écrivit à ce sujet. Dans sa lettre il m'informait que sa malade ressentait une envie continuelle et pressante d'uriner; que de temps en temps il y avait incontinence et que depuis quelques mois il se formait au fond du vase un dépôt assez considérable de muco-pus. La malade ressentait à tout moment un sentiment de pesanteur et de cuisson dans le canal de l'urèthre et une douleur extrêmement aiguë après la miction. A peine avait-elle uriné qu'une envie encore plus pressante s'emparait d'elle.

En présence de tous ces symptômes, ma première pensée fut que cette dame souffrait d'un calcul vésical. C'était aussi l'opinion de mon confrère. J'interrogeai ma malade et je découvris que depuis quarante ans elle souffrait de ce qu'elle croyait être la pierre. Ses souffrances avaient toujours été de plus en plus vives jusqu'à ce qu'enfin il fut survenu un écoulement d'urine. Cet écoulement ne cessait pas et se faisait goutte à goutte. A partir de cette époque les symptômes s'étaient considérablement aggravés.

J'engageai fortement cette dame à se soumettre à un examen qui me paraissait nécessaire et j'essayai d'introduire une sonde en acier de moyen calibre. Je pus franchir un espace de 2 millimètres au delà du méat. Impossible d'aller plus loin. Je me servis d'une sonde plus petite, et après plusieurs essais, je parvins à introduire l'extrémité de la sonde ordinaire en argent. Je sentais ma sonde fortement serrée par un rétrécissement membraneux d'environ 1 millimètre et demi. Au delà le passage était absolument libre. Je pratiquai le

toucher vaginal : les parois de l'urèthre et de la vessie étaient indurées. Il me vient aussitôt à l'esprit que je devais rapporter à ce rétrécissement toutes les souffrances de ma malade et que la difficulté d'uriner avait produit l'irritation de la vessie. De là tous les symptômes. Je fis part de mes observations à cette dame et je la persuadai de se soumettre à une légère opération. Je fis fabriquer pour la circonstance un instrument qui présentait quelque analogie avec celui dont on se sert chez l'homme. Je divisai le rétrécissement par deux incisions. C'est à peine si la malade s'aperçut de l'opération. Elle ne perdit que quelques gouttes de sang.

J'introduisis aussitôt une sonde métallique d'un assez fort calibre et j'acquis la certitude qu'il n'y avait pas de calcul, mais que les parois vésicales étaient considérablement épaissies. Je conseillai à ma malade d'introduire chaque jour dans le canal une bougie dans le but d'empêcher les bords de la plaie de se rejoindre et de se cicatriser.

En moins de 24 heures elle ressentit un immense bien-être et le troisième jour elle put retourner à Kent.

J'extrais d'une lettre que je reçus de son médecin quelque temps après son retour, les passages suivants :

« Vous serez heureux d'apprendre que depuis le retour de Mme B... tout s'est bien passé. J'introduisis d'abord la bougie pendant quatre ou cinq jours et depuis, elle s'acquitte, ma foi, très-bien de cette opération.

L'écoulement d'urine a presque cessé et elle n'a plus, dit-elle, ce sentiment de pesanteur ni de cuisson de l'urèthre qui faisait son désespoir. Je passai une sonde de femme deux jours après son retour, mais je ne pus découvrir autre chose dans la vessie qu'un épaississement de la tunique interne. Cette tunique me parut assez irrégulière. . . . .

. . . . . Il ne se forme plus aujourd'hui de dépôt muco-purulent et Mme B.... retient beaucoup mieux ses urines. Chaque jour marque un progrès.

Cette observation est très-intéressante surtout à cause de l'incontinence consécutive qui fut ici probablement curable. D'après les signes observés par le toucher vaginal, cette incontinence était certainement due à l'inflammation du sphincter vésical lui-même.

L'observation qui va suivre est celle de Thompson ; la voici tout entière (1).

OBSERVATION XII.

J'ai observé à Marylebone Infirmary un exemple de rétrécissement chez une femme âgée de 43 ans. Il siégeait dans la moitié antérieure de l'urèthre et donnait lieu à des symptômes angoissants. La cause était un accouchement par les fers quelques années auparavant. Après avoir soulagé la malade mais seulement passagèrement au moyen de la dilatation avec des sondes des nos 1 à 5 (5 à 12 filière française) je la traitai par l'uréthrotomie interne et j'introduisis le no 12 (23 fil. franç.) après l'opération. Pendant deux mois je passais de temps à autre un no 10 (21 filière française) qui pénétrait avec facilité. Elle fut très-soulagée par ce traitement mais pas entièrement guérie, car *elle ressentait parfois de nouvelles atteintes* passagères de son mal sans cause apparente du côté des organes urinaires, qui pût expliquer ces symptômes.

Nous laissons de côté ces moyens qui ne doivent être employés que le plus rarement possible, et nous nous occuperons surtout de deux méthodes qui doivent maintenant se partager la faveur des chirurgiens dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre chez la femme : je veux parler de la dilatation et de l'électrolyse. J'exposerai brièvement ces deux méthodes et j'essaierai d'en apprécier la valeur.

Dilatation

La dilatation des rétrécissements est une méthode de traitement qui s'effectue au moyen de l'introduction à travers le canal rétréci, d'une série d'instruments appropriés dont le

(1) *Maladies des voies urinaires*, 293.

calibre va en croissant petit à petit et régulièrement depuis le commencement du traitement jusqu'à la fin.

Par cette définition qui est tirée de la thèse de M. le Dr Curtis (1), j'élimine les méthodes qui essaient de rétablir le calibre de l'urèthre par une dilatation brusque et soudaine. Aujourd'hui, elles doivent être rejetées comme dangereuses chez la femme. Elles peuvent non-seulement faire courir à la malade des dangers sérieux, mais même occasionner sa mort. A ce propos, je m'abriterai derrière l'autorité de M. le professeur Verneuil (2). Je citerai ses paroles mêmes : « La dilatation (brusque) de l'urèthre chez la femme n'est pas aussi inoffensive qu'on pourrait le croire; on a vu plusieurs fois cette opération déterminer la mort et pour mon compte j'ai perdu une malade chez laquelle je tentais de guérir par la dilatation un rétrécissement de l'urèthre. » Enfin, comme nous l'avons déjà dit, la dilatation brusque peut amener l'incontinence. Cependant, d'après les faits publiés depuis quelques années par Simonin de Nancy, Longuet, Wildt, Simon de Heidelberg, Reliquet, Jewet en Amérique, M. le Dr Leblond (3) admet que sous l'influence du chloroforme cette dilatation peut atteindre une limite considérable sans être suivie d'incontinence. La plupart de ces auteurs, dit-il, semblent reconnaître que l'innocuité de l'opération et l'absence d'incontinence consécutive résultent de l'anesthésie.

Néanmoins nous ne parlerons ici que de la dilatation progressive. Il y en a de deux espèces :

1° *La dilatation temporaire,* dans laquelle l'introduction de l'instrument est suivie, à peu de délai, de son retrait et où le traitement s'effectue par le passage d'instruments de plus en plus volumineux en des séances qui se succèdent à des intervalles plus ou moins longs.

---

(1) Curtis. Th. de Paris, 1873.

(2) *Mémoires de la Soc. de chir.*

(3) Le Blond. *Chirurgie Gynécologique.* Paris, 1878.

2° *La dilatation permanente*, dans laquelle l'instrument séjourne d'une manière continue dans le canal, y étant fixé à demeure, et n'est enlevé au bout d'un certain temps que pour être remplacé par un instrument plus volumineux. Cette méthode a le grave inconvénient d'amener rapidement la cystite et doit être rejetée.

Enfin il est des cas où ces deux espèces de dilatation peuvent s'unir pour concourir à la guérison de la malade, c'est une dilatation mixte. Dans celle-ci, l'instrument introduit est laissé à demeure pendant un certain temps, qui varie entre quelques minutes et une heure au plus. Il est retiré ensuite. A la séance suivante, un instrument un peu plus volumineux sert à remplir le même but dans le même espace de temps. Cette méthode est bonne. Elle ne fatigue pas la malade et sans mettre complétement à l'abri des inflammations vésicales, elle les produit peu souvent.

Pour la dilatation, telle que nous l'entendons, elle s'effectue par le simple passage des instruments à travers le canal rétréci. La bougie est bien préférable en cette circonstance à la sonde. L'introduction doit se faire avec douceur ; il ne faut employer aucune force ou plutôt il faut se contenter d'exercer une pression continue régulière et douce qui exclut tout ce qui pourrait être qualifié de violence.

Cette méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre chez la femme a été plusieurs fois déjà utilisée. Les auteurs l'ont préconisée. Le Dr Blundell raconte, dans une de ses leçons sur les affections vésicales de la femme, qu'il opéra avec succès un rétrécissement de l'urèthre par la dilatation ; tous les matins la sonde restait à demeure pendant vingt ou trente minutes. Les observations II et XII nous ont montré des exemples de ce traitement. Je vais en citer plusieurs autres.

Observation XIII (rapporté par John Adams) (1).

Mon ami le docteur Curling a aussi rencontré un cas de rétrécissement avec rétention d'urine.... Une femme avait eu l'urèthre lésé dans un accouchement long et pénible; la maladie remontait à vingt-huit ans.

Depuis lors la malade avait toujours éprouvé une grande difficulté pour uriner et avait déjà souffert deux fois de rétention. Jamais on n'avait pu introduire de cathéter.

Le méat était encore assez largement ouvert, mais les tissus environnants étaient indurés. Une sonde pouvait encore pénétrer à une profondeur d'un pouce et demi, mais, quelque petit qu'il pût être, le cathéter ne pouvait franchir le rétrécissement ni pénétrer dans la vessie.

Le Dr Curling fit la ponction de la vessie et retira environ 30 ou 40 onces d'urine, il pratiqua ensuite une dilatation progressive au moyen de bougies.

Observation XIV (recueillie à la Maison de santé dans le service de M. Demarquay, par M. Boucher, interne du service) (2).

Eugénie D..., âgée de 32 ans, est entrée à la Maison municipale de santé, le 26 février 1874. C'est en 1856 qu'elle s'est aperçue pour la première fois de troubles dans la miction. Depuis longtemps déjà elle était sujette à une leucorrhée abondante, symptomatique d'ulcérations du col de l'utérus pour lesquelles elle subit plusieurs cautérisations qui amenèrent une amélioration sensible. A-t-elle eu à cette époque une blennorrhagie? La malade ne dit rien à cet égard sans cependant en nier la possibilité.

Elle s'aperçut que son jet d'urine était moins volumineux que normalement. Elle avait des envies fréquentes d'uriner: bientôt l'urine ne sortit plus que goutte à goutte et après certains efforts. Cependant la malade n'éprouvait aucune douleur en urinant. Un médecin consulté crut d'abord à un polype de l'urèthre: puis, l'ayant sondée, il

(1) *Cyclop. of anatomy and Phys.*, vol. IV, partie 2.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1865, numéro 16.

constata, nous dit la malade, la présence d'un rétrécissement et la traita par la dilatation progressive. Après six semaines de traitement la malade urinait normalement et pendant sept ans elle demeura sans souffrir et sans s'apercevoir de troubles dans la miction.

En avril 1864, les accidents reparaissent avec une nouvelle intensité. La malade était toujours sujette à la leucorrhée qui amenait une irritation assez vive aux organes génitaux externes. La miction devint difficile et s'accompagna cette fois de cuissons et de douleurs assez vives dans le canal. Les envies d'uriner sont fréquentes. L'urine sort en petite quantité et goutte à goutte. Par moments la malade est dans l'impossibilté complète d'uriner et ce n'est quelquefois qu'après plusieurs heures qu'elle parvient à rendre une petite quantité d'urine. En même temps la malade éprouve de la pesanteur et quelquefois une douleur assez vive dans le région hypogastrique. Un médecin consulté alors attribua ces accidents à une névralgie de l'urèthre et traita surtout la leucorrhée et l'état général. La malade, du reste, paraît, en effet, nerveuse et facilement irritable.

Elle entre à la Maison de santé le 26 décembre, accusant tous les symptômes mentionnés plus haut. On pratique le cathétérisme avec une bougie à olive de très-petit calibre et on reconnaît facilement l'existence de deux rétrécissements assez épais et assez durs, siégeant l'un à la partie antérieure de l'utrèhre au niveau même de son orifice antérieur, l'autre à sa partie postérieure près du col de la vessie, c'est-à-dire aux deux points qui sont normalement les plus étroits de l'urèthre. Le passage de la sonde cause une certaine douleur au niveau de chaque rétrécissement.

Les urines sont troubles, légèrement rougeâtres et laissent déposer une quantité considérable de muco-pus. On soumet la malade à l'usage journalier des bains, aux tisanes rafraîchissantes, et sous l'influence de ce traitement, les accidents du côté de la vessie s'amendent considérablement. Les urines ne contiennent plus de sang et deviennent de moins en moins chargées de mucosités.

En même temps on attaque directement les rétrécissements en les soumettant à la dilatation progressive, et c'est surtout à cela qu'il faut attribuer l'amendement des symptômes vésicaux et le meilleur état des urines.

Chaque jour la malade garde la sonde pendant 4, 5 et même 6 heures. Aujourd'hui, 10 janvier 1865, les rétrecissements sont beaucoup moins sensibles. La miction quoique encore un peu difficile se fait

un peu mieux. L'urine sort en petite quantité mais non goutte à goutte et n'exige plus pour son émission les mêmes efforts qu'auparavant. Par moments, cependant, la malade se plaint encore d'une douleur spontanée et assez vive dans l'urèthre, douleur quelquefois lancinante, ce qui pourrait faire supposer qu'il y a là un élément névralgique, puisque nous avons affaire à une femme très-nerveuse et que l'élément inflammatoire semble entièrement dissipé.

On augmente progressivement le volume des sondes et aujourd'hui on introduit facilement et presque sans douleur une sonde en gomme élastique grosse comme une sonde de trousse nº 16 à 18 de la filière Charrière.

Observation XV (donnée par le docteur Thompson).

J'ai observé, dit-il, pendant mon séjour à University College Hospital, un seul cas dans lequel la rétention d'urine reconnaissait pour cause un rétrécissement organique du méat. La malade avait déjà souffert plusieurs fois de rétention d'urine depuis quelques années et avait été soulagée par l'introduction de sondes peu volumineuses ; elle urinait à petit jet et avec difficulté. Les symptômes s'étaient aggravés et elle racontait que lors de la précédente rétention d'urine, on n'avait pu la sonder qu'en la découvrant. Après des essais par la méthode ordinaire, il me semble nécessaire de la découvrir à nouveau et il me fut impossible de distinguer le méat après un examen attentif. Au lieu et place de l'ouverture, on remarquait un petit faisceau d'excroissances pâles, résistantes, plissées et insensibles, du volume d'une graine de moutarde ou un peu plus, au milieu desquelles je réussis avec peine à faire pénétrerdans le canal une bougie puis une sonde de gomme du nº 1 (nº 5 de la filière française). Cette dernière était très-serrée. Depuis lors j'ai perdu cette femme de vue, on ne trouvait dans ses antécédents aucune cause de pareil rétrécissement.

Ces observations montrent qu'on a utilisé avec un certain succès la dilatation progressive dans le traitement du rétrécissement de l'urèthre chez la femme, mais elles montrent aussi que la guérison n'est pas absolue. La récidive est toujours

imminente. Il sera donc bon, si l'on choisit ce mode de traitement, d'engager la malade, une fois guérie, à se soumettre, de temps en temps, à de nouvelles séances de dilatation.

Nous reviendrons, du reste, sur ce sujet, je passe immédiatement à la description d'un second procédé opératoire.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre chez la femme par l'électrolyse

Ce fut Davy qui, en 1807, eut le premier l'idée d'avoir recours aux courants continus pour détruire les substances organiques. Ayant pris une pile de 150 couples, il essaya l'effet du courant sur un faisceau des fibres musculaires : une décomposition rapide eut lieu et il remarqua que les alcalis se rendaient au pôle négatif et les acides au pôle positif.

Ce mode de destruction repose sur certains principes qui ont été formulés par Althaus :

1° Sur la désorganisation mécanique des tissus causée par l'hydrogène naissant ;

2° Sur l'accumulation des alcalis au pôle négatif, ce qui explique l'état savonneux de l'eschare ainsi obtenue ;

3° Sur la modification de nutrition produite par l'action physiologique d'un courant galvanique continu sur les nerfs vaso-moteurs des parties soumises au courant.

Comme nous le disions tout à l'heure, ce fut Davy qui trouva la méthode, mais ce fut Crusell de Saint-Pétersbourg qui l'appliqua le premier et lui donna le nom de méthode électrolytique qu'on appelle aujourd'hui galvano-caustique chimique, par opposition aux effets thermiques obtenus dans la galvanocaustie proprement dite.

Plus tard Ciniselli de Cremone constituait l'électrolyse en méthode bien définie. Depuis, MM. les professeurs Broca, Nélaton en firent d'heureuses applications au traitement des tumeurs.

Le professeur Le Fort l'employait, une de ces dernières années, pour détruire les tissus du périnée et faire un vagin artificiel.

L'idée d'agir sur l'urèthre au moyen du galvanisme était déjà venue à Crusell (1841) et à Wertheimber. Tous deux prétendaient seulement utiliser l'action résolutive de l'électrode négatif pour dissoudre les engorgements périuréthraux auxquels ils attribuaient un rôle considérable dans la production des rétrécissements. Les piles employées dans ces essais étaient insuffisantes pour opérer une perte de substance. M. Le Roy d'Etiolles, en 1852, fait connaître les tentatives infructueuses de Wertheimber dans un mémoire publié à Paris et intitulé : « *De la cautérisation d'avant en arrière, de l'électricité et du cautère électrique dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre ;* » mais il envisage le succès de ce traitement d'une manière très-dubitative.

Ce furent MM. Mallez et Tripier qui, les premiers, employèrent l'électrolyse comme méthode curative des rétrécissements chez l'homme.

Ce qui engagea M. Tripier à se servir de la galvano-caustique chimique furent des expériences qu'il eut occasion de faire et d'après lesquelles il ne tarda pas à tirer les conclusions suivantes: « Les caustiques chimiques donnent deux espèces principales de cicatrices: les caustiques alcalins donnent des cicatrices molles et peu ou point rétractiles; les caustiques acides donnent des cicatrices fermes et fortement rétractiles. Le pôle négatif des piles donne des cicatrices comparables à celles des caustiques alcalins et le pôle positif, de même que le fer rouge, donne des cicatrices comparables à celles des acides. »

En observant la non-rétractilité de cicatrices résultant de cautérisations alcalines, il fut conduit à appliquer la galvanocaustique négative à la destruction des rétrécissements uréthraux chez l'homme.

Ce fut le Dr Newman, de New-York, qui le premier essaya de détruire les rétrécissements de l'urèthre chez la femme par

le même procédé, il en donne du reste quatre observations publiées plus loin.

Enfin, tout dernièrement, M. le Dr Leblond, dans son Traité élémentaire de chirurgie gynécologique, exposait l'utilité de ce traitement et employait à Saint-Lazare la même méthode qui lui donnait un plein succès.

Avant de citer ces observations, je vais exposer rapidement les règles qui doivent être suivies par l'opérateur ; les mémoires de Ciniselli et de M. Tripier m'ont rendu la tâche des plus faciles.

Pour faire de l'électrolyse, il est un principe que l'on doit toujours avoir présent et que l'on doit suivre autant que possible. Les courants employés doivent avoir peu d'intensité et beaucoup de tension afin que les effets chimiques soient assez énergiques, les effets caloriques restant nuls. M. Ciniselli résume ainsi l'ensemble des conditions dont le concours est favorable à la cautérisation galvano-chimique.

1° Appareil électro-moteur formé d'un grand nombre d'éléments à petite surface, ce qui nous donne le résultat cherché plus haut : peu d'intensité et beaucoup de tension.

2° Electrodes faits d'un métal ou de deux métaux qui ne soient pas attaqués par les produits de l'électrolyse. Les électrodes, à surface nette et polie, doivent être mis en contact immédiat avec les tissus et agir sur deux points différents.

3° Enfin, les tissus soumis à l'action du courant doivent être suffisamment humides pour être dans une condition favorable à la production des effets chimiques cherchés (1).

De plus, comme le dit Tripier, un grand avantage résulte de l'usage d'un courant de peu d'intensité. Il tient à ce que la douleur produite par la cautérisation est d'autant plus vive que celle-ci est plus rapide. L'électro moteur produira donc l'effet voulu d'autant plus lentement mais aussi avec d'autant moins de douleur que la surface et le pouvoir électro-moteur des couples employés seront plus faibles.

(1) Lettre adressée à la Société de chirurgie de Paris (sept. 1860). Ciniselli.

MM. Mallez et Tripier se servent d'une pile composée de 18 couples de dimension moyenne au proto-sulfate de mercure. Une pile de 15 à 18 couples de Daniell conviendrait également. On en peut dire autant de la batterie portative de Gaiffe au chlorure d'argent. Les piles de Grenet, de Remak, peuvent aussi servir, celle de M. Trouvé nous semble réunir toutes les conditions désirables.

Elle est pourvue d'un appareil qui permet d'augmenter progressivement le nombre de couples employés. Grâce à cette ingénieuse invention, les secousses senties par la malade au moment de l'établissement du courant sont moins violentes.

D'après ce qui précède, l'électrode que le chirurgien devra directement appliquer sur le rétrécissement, sera toujours le pôle négatif. Lui seul, en effet, donnera lieu à une cicatrice, comparable à celle que produisent les caustiques alcalins, c'est-à-dire molle et peu rétractile.

L'électrode négatif, pour être utile dans ces circonstances, devra donc avoir une forme spéciale. M. Leblond dans l'observation citée plus loin s'est servi d'un instrument facile à faire. C'est du reste le même qui fut employé par MM. Mallez et Tripier, chez l'homme. C'est un électrode isolé dans tous les points où son action ne doit pas se faire sentir. Il consiste tout simplement en une petite bougie métallique, terminée par un renflement cônique. Cette bougie est placée dans une sonde ordinaire en gomme, dont la cavité est suseptible de la recevoir et dont le bec a été enlevé. L'extrémité conique seule est apparente.

La sonde à électrolyse de M. Moreau Wolff est un peu plus compliquée, je ne la décrirai pas. Elle peut néanmoins servir.

L'électrode positif est représenté soit par une ou deux plaques de zinc assez larges et recouvertes d'un linge ou d'une peau de chamois trempés dans une solution de sel ordinaire, soit par une poignée à main. La durée de la séance est variable. On peut la faire de 5 à 15 ou 30 minutes sans danger aucun. C'est à peu près le temps maximum qui fut employé dans les

faits que nous allons citer. Cependant il est probable qu'une durée plus longue n'amènerait aucun désordre.

On place tout d'abord l'électrode positive dans la main de la malade ou mieux sur ses reins à l'aide de plusieurs tours de bande. On introduit la sonde négative dans l'urèthre. On établit le courant et pendant qu'il passe, on pousse légèrement l'électrode uréthral dans la direction du canal.

Les rétrécissements dont les observations suivent ont été traités de cette manière. Les quatre premières sont dues à M. le Dr Newman, de New-York (1).

OBSERVATION XVI. — *Syphilis tertiaire. Ulcère indolent de la jambe. Rétrécissement uréthral. Électrolyse. Guérison.*

Le 12 février 1873, Mme M. R... se présente à la consultation, elle est veuve et prostituée. Elle se plaint d'un ulcère de la jambe. Le pied est gonflé, œdémateux, couvert d'excoriations rouges sur sa face dorsale, et sur la partie antérieure de la jambe, on voit plusieurs ulcères profonds à bords déchiquetés et entourés de tissus infiltrés. L'os est découvert sur plusieurs points et un pus sanieux et de mauvaise nature s'échappe de ces plaies. Le périoste des deux tibias est épaissi, sensible à la pression et occasionne de vives douleurs surtout durant la nuit. D'autres os, ceux du crâne principalement, sont également affectés. La malade présente plusieurs adénites et autres symptômes de syphilis constitutionnelle. Interrogée, elle ne donne pas une histoire bien nette de sa maladie, elle admet cependant avoir eu des accidents antérieurs, mais les symptômes actuels sont tellement manifestes qu'il n'est pas permis de conserver le moindre doute. Elle s'est fait traiter plusieurs fois pour les ulcères de sa jambe, mais ceux-ci, quoique s'étant cicatrisés quelquefois, se sont constamment reproduits.

L'émission de l'urine est extrêmement difficile et douloureuse; celle-ci ne sort que par un jet très-mince et la vessie ne se vide que lentement et après beaucoup d'efforts.

(1) *American Journ. of med. scienc.*, décembre 1875.

Examen. — L'urèthre est contracté et d'un très-petit calibre. Le méat est profondément situé et se retire derrière le pubis au moindre attouchement. Cette condition, en même temps que l'obésité de la malade rendent impossible l'introduction d'une bougie flexible. On put cependant franchir le méat à l'aide d'une sonde en baleine et à boule, mais on sentit un obstacle insurmontable à 1 pouce environ de l'entrée du canal. Un rétrécissement permanent et insurmontable existait en ce point. Il fut même impossible d'introduire un petit stylet d'acier dans le but de traiter la stricture par la dilatation. Ces tentatives étaient du reste si douloureuses qu'on dut momentanément renoncer au traitement local.

Le rétrécissement fut attribué à la syphilis et on renonça aux mesures locales pour instituer un traitement spécifique. Dans l'espace de deux mois, la malade prit environ 60 grammes d'iodure de potassium. Les ulcères furent pansés avec un emplâtre adhésif et on pratiqua une légère compression.

15 avril. Les ulcères de la jambe ont disparu. Les os sont guéris ; plus de sensibilité à la pression. L'urèthre est examiné à nouveau ; le rétrécissement a persisté. Les parois du canal se contractent et semblent épaissies. La sonde qu'on essaie vainement d'introduire donne à la main une sensation de parchemin. Une bougie n° 5 s'enfonce dans l'urèthre jusqu'à 1 pouce du méat et rencontre un obstacle infranchissable. Le traitement par la dilatation est essayé avec persévérance pendant plusieurs jours sans donner de résultats.

Le 22. *Electrolyse.* Le pôle positif d'une batterie galvanique de Dresher de vingt éléments est placé dans la main de la malade. On attache au pôle négatif une sonde métallique à olive qu'on introduit dans le méat. Le courant galvanique est porté graduellement jusqu'à dix éléments. La sonde pénètre lentement, et au bout de dix minutes elle avait passé le rétrécissement et penétré dans la vessie. On introduit immédiatement après une bougie n° 11 avec le même succès. Le tout avait duré environ cinq minutes.

Le 26. La malade est beaucoup mieux ; elle ne souffre plus et urine facilement depuis la dernière application galvanique.

14 mai. Même traitement appliqué. Batterie galvanique de la force de neuf éléments. Une bougie n° 11 pénétra facilement dans la vessie. Le courant fut maintenu durant dix minutes.

Le 31. Le rétrécissement a complétement disparu, et la malade ne

se présente à la consultation que pour me faire connaître cet heureux résultat.

31 octobre 1874, c'est-à-dire dix-huit mois après la dernière électrolysation, je pratique de nouveau l'examen et je trouve l'urèthre normal.

Observation XVII. — *Uréthrite. Rétrécissement. Examen endoscopique. Electrolyse. Guérison.*

Mme W. O... est âgée de 32 ans. Elle me consulte le 15 mai 1873. Mariée depuis trois ans, elle a un enfant. Sa menstruation se fait régulièrement, mais ses époques menstruelles durent six jours et sont accompagnées de métrorrhagie. Tempérament nerveux et constitution affaiblie. Le besoin d'uriner est fréquent et provoqué par un ténesme vésical insupportable. La miction a lieu six ou sept fois par jour par un jet très-mince. L'urine contient quelquefois du sang et des épithéliums; elle est acide et ne contient pas d'albumine.

Examen endoscopique de l'urèthre le 29 mai. Un petit tube n° 10 qu'on introduit dans l'urèthre fait voir un rétrécissement à 2 centimètres du méat. Les parois du canal sont très-irritées; on y rencontre de nombreuses granulations, qui sont cautérisées avec la solution de Desormeaux (nitrate d'argent 1 partie, eau 3 parties).

24 mai. *Electrolyse.* Elle est pratiquée avec une bougie métallique n° 11 attachée au pôle négatif. L'électrode du pôle positif est placée dans la main de la malade; on emploie toujours les batteries de Dresher avec une force de huit éléments. L'action chimique du courant produit immédiatement un soulagement instantané. Après quatre minutes d'application galvanique, la bougie traverse le rétrécissement et pénètre dans la vessie. L'utérus, qui est en rétroflexion, est remis en place au moyen de la sonde utérine. Régime tonique.

Le 27. L'électrolysation est pratiquée comme précédemment; la bougie traverse facilement l'urèthre sans provoquer aucune douleur.

Le 30. Urèthre moins enflammé. Nouvelle cautérisation au nitrate en solution. Amélioration.

6 juin. Électrolysation. Introduction dans la vessie d'une bougie n° 13.

13 juin. Les règles ne viennent pas. Troubles gastriques. On suppose une grossesse. Nouvelle cautérisation de l'urèthre.

Le 26. Électrolysation. Le rétrécissement a disparu. Urèthre normal. Miction sans difficulté.

14 octobre 1874. Nouvelles de la malade : j'apprends qu'elle a eu une excellente grossesse et que la guérison du rétrécissement a été complète.

Observation XVIII.— *Rétrécissement uréthral. Uréthrite. Électrisation.*

Mme G. M..., 44 ans, mère de six enfants, dont le dernier est né il y a onze ans. Cette dame a été soignée par moi autrefois pour différentes affections. Elle a souffert successivement de dysménorrhée, ménorrhagie et métrite, et a subi sept fausses couches ; mais sa santé s'était beaucoup améliorée dans ces dernières années. Elle se plaint maintenant d'envies fréquentes d'uriner et d'une sensation de chaleur et de brûlure durant la miction.

L'examen endoscopique révèle une vive inflammation du canal de l'urèthre. La muqueuse est gonflée, épaissie, et d'un aspect rouge foncé. On découvre sur les parois du canal un ulcère circonscrit, et un peu plus loin, à 2 centimètres du méat, le siége du rétrécissement. Une bougie n° 16 est introduite avec quelques difficultés, et donne à la main une sensation de froissement comme si elle glissait sur du papier. La solution de Desormeaux fut appliquée sur l'ulcère sans provoquer de douleur.

1er mai. Électrolysation. Une bougie n° 12 attachée au pôle négatif est introduite dans l'urèthre. L'opération est douloureuse, ce qu'il faut attribuer à l'irritation du canal. Un courant galvanique de neuf éléments permet, au bout de quelques minutes, l'introduction de la bougie, qui pénétra dans la vessie sans provoquer de grandes douleurs.

Le 5. Grande amélioration, envies d'uriner moins fréquentes, les douleurs ont complétement cessé. Nouvelle électrolysation. La bougie n° 12 est remplacée par le n° 13. Onze éléments sont employés durant huit minutes. Méat urinaire toujours un peu sensible.

Le 8. Le point ulcéré est légèrement cautérisé avec la solution de Desormeaux.

Le 12. Nouvelle électrolysation avec huit éléments. Quelques douleurs au méat, mais la bougie pénètre très-facilement dans la vessie. A l'examen endoscopique, l'urèthre est trouvé absolument sain.

1er juin. Cinq minutes d'électrolysation. Le cathétérisme avec la bougie n° 15 a lieu facilement. Plus de miction douloureuse.

La guérison s'est maintenue.

Observation XIX. — *Rétrécissement uréthral. Uréthrophraxie par une bande fibreuse. Électrolyse. Guérison.*

Mme J. C..., âgée de 28 ans, veuve. Depuis deux ans, la miction est difficile, et elle ne peut avoir lieu maintenant que dans la station... Même dans cette position, elle est très-douloureuse, et n'a lieu que par un jet extrêmement mince. A la dysurie s'ajoute un spasme de la vessie qui provoque d'atroces douleurs. La malade croit avoir contracté une blennorrhagie il y a deux ans, à la suite d'un rapprochement sexuel avec son mari; elle fut alors soignée par un médecin qui lui fit une injection avec une forte solution de nitrate d'argent. C'est de cette époque que date la dysurie. On peut supposer que l'injection au nitrate d'argent est la cause du rétrécissement actuel. Une uréthrite simple peut produire la stricture chez la femme aussi bien que chez l'homme; mais il est rare cependant qu'elle soit la cause d'une uréthrophraxie aussi manifeste que celle qui fait le sujet de cette observation.

Examen 7 juillet 1874. — Le méat urinaire est petit, contracté, et situé profondément dans le vestibule; on ne peut le voir ni le sentir par le toucher. Des bougies de différentes dimensions furent essayées inutilement : l'oblitération était presque complète. J'avais heureusement dans mon arsenal une sonde extrêmement petite qui avait été fabriquée spécialement pour une enfant. Je l'introduisis avec beaucoup de tâtonnements, et je pratiquai l'électrolysation comme dans les cas précédents. Une bougie métallique n° 6 à olive fut appliquée contre le méat, un courant de onze éléments passa durant cinq minutes : la bougie avança lentement, mais à un demi-centimètre du méat un nouvel obstacle se présenta. On sentit distinctement une bride fibreuse qui traversait l'urèthre et qui constituait évidemment le principal obstacle à l'émission de l'urine : c'était une véritable uréthrophraxie. Cette obstruction fut cependant graduellement détruite par l'action galvanique et l'absorption électrolytique. . . . . .
. . . .

Après avoir surmonté ce premier obstacle, la sonde se heurta con-

tre un autre rétrécissement situé à 4 centimètres du méat, au point où le canal débouche dans la vessie, mais cette stricture fut aisément franchie grâce à l'électrolyse.

Quelque temps après l'opération, la malade se plaignit d'une douleur assez vive dans le canal; elle avait dans ce point la sensation d'un corps étranger, et faisait des efforts pour l'expulser. En effet, au bout de deux jours, on vit apparaître au méat un petit tampon de chair mortifiée, qui une fois expulsé apporta un grand soulagement et permit la libre émission de l'urine.

Le 13. La malade éprouve toujours quelques douleurs dans le canal. Un petit courant galvanique de cinq éléments est appliqué pendant trois minutes, et permet l'introduction facile d'une bougie n° 9. La miction est facile, et a lieu par un beau jet sans provoquer de douleurs trop vives.

Le 20. Électrolysation. On éprouve quelques difficultés à introduire une bougie n° 11 dans le méat. On y parvient cependant après quelques tâtonnements et sans employer la force, car il est préférable de compter sur la seule action de l'électrolyse pour l'introduction de l'instrument. Cette difficulté n'était évidemment pas due à une diminution du canal de l'urèthre, mais plutôt à des contractions du méat. On avait employé dans ce cas une bougie fusiforme terminée par une petite olive. Cet instrument convient assez pour les rétrécissements de l'urèthre chez la femme, ou pour ceux qui chez l'homme siégent près du méat; car on peut en diriger l'introduction avec le doigt. Dans le cas où la stricture est située plus profondément, il est moins approprié, car il expose plus que tout autre à la production d'une fausse route.

20 août. L'introduction de la bougie est toujours difficile. L'obstacle, qui siége toujours au méat, cède cependant plus rapidement que dans les séances précédentes.

1er septembre. Électrolysation et introduction de la bougie n° 11. On sent distinctement les traces de la bande fibreuse à 1 centimètre du méat, mais la sonde traverse la totalité du canal sans difficulté et sans provoquer de douleurs. Dans la même journée on introduit la bougie n° 15.

Le 5. L'urèthre est normal et admet une sonde ordinaire. La malade ne ressent plus aucune douleur durant la miction.

J'ai revu plusieurs fois la malade depuis cette époque, et j'ai pu m'assurer que la guérison avait été complète et permanente.

OBSERVATION XX (personnelle).

Louise R... est âgée de 40 ans. Elle ne se rappelle avoir fait aucune maladie durant son enfance. Réglée à 15 ans, elle voyait chaque mois régulièrement et sans douleurs. Rien d'anormal dans l'intervalle des époques. Elle n'a eu aucun enfant et n'a fait aucune fausse couche. Fille inscrite depuis longtemps.

Il y a une quinzaine d'années, elle vit survenir une petite plaie à la grande lèvre droite. Des ganglions apparurent dans les aines, et quelques semaines plus tard plusieurs plaques se montrèrent sur la vulve et le pourtour de l'anus. On les toucha au nitrate d'argent, et la malade fut soumise au traitement général de la syphilis.

Quelque temps plus tard, Louise R... revint à Saint-Lazare pour un écoulement uréthral. Elle éprouvait des douleurs cuisantes au moment de la miction. Elle ne se rappelle nullement la manière dont elle fut traitée, mais elle sortit guérie.

Il y a une dizaine d'années, après avoir eu depuis quelque temps une certaine gêne dans la miction, elle ressentit presque tout à coup de violentes douleurs dans l'abdomen; son ventre augmenta rapidement de volume, et la malade fut prise de violentes envies d'uriner qu'elle ne pouvait satisfaire. Elle était en ce moment en service chez une dame; on ne fit pas venir de médecin. Elle resta trois jours dans des souffrances terribles. Tout à coup un soulagement complet survint, coïncidant avec une émission d'urine très-abondante par le vagin. Depuis cette époque, la malade perd constamment ses urines.

État actuel. — Cette femme est d'une assez forte constitution. Peu intelligente, elle n'a jamais voulu se faire soigner. Arrêtée pour vagabondage, elle est condamnée à quelques jours de prison et entre à Saint-Lazare à la première section. Elle ne peut retenir ses urines, qui gâtent ses effets et son lit. Elle demande à être admise à l'infirmerie.

A l'examen, on voit en effet s'écouler par le vagin un liquide clair dont l'odeur et l'aspect rappellent l'origine. Toute la région périvulvaire et la partie supérieure et interne des cuisses sont rouges, irritées par l'urine qui les baigne constamment. Au toucher vaginal, le doigt ne peut rien apprécier, si ce n'est une forte bride transversale occupant toute la région antérieure du vagin.

On introduit dans ce conduit un gros spéculum de Sims, à l'aide duquel on déprime facilement la paroi postérieure du vagin. On aperçoit tout d'abord le col de l'utérus : il est petit, et son orifice est circulaire comme chez les femmes qui n'ont jamais eu de grossesse.

Sur la paroi antérieure du vagin, juste en arrière de cette bride dont nous avons parlé plus haut, on voit sourdre un petit jet d'urine par un petit orifice qui admettrait une tête d'épingle, c'est-à-dire ayant à peine 1 millimètre et demi de diamètre.

La sonde de femme, introduite dans l'urèthre, y chemine facilement jusqu'à 3 centimètres du méat. Là elle est arrêtée par un tissu dur et résistant, comme élastique. On sent par le toucher que le bec de la sonde est, à peu de chose près, séparé de la fistule par une distance de 3 millimètres.

M. le Dr Leblond essaie de franchir le passage avec une fine bougie, et n'y peut parvenir. Le rétrécissement est donc absolument complet. C'est alors qu'il a l'idée de rétablir le canal par la méthode même que le Dr Newman avait employée, c'est-à-dire de détruire le tissu obturant par l'électro-caustique chimique. Avant l'opération, les urines ont été examinées; malgré cette fistule, datant de dix ans, elles étaient complètement normales.

Le 8. La malade étant placée comme pour l'examen au spéculum, on introduit dans l'urèthre une petite bougie métallique terminée par une portion conique de 2 millimètres de large. Toute la bougie est recouverte d'une sonde en gomme; le petit cône seul est à découvert.

Deux plaques de zinc recouvertes de peau trempée dans une solution de sel marin sont placées, comme nous l'avons dit, sur les reins de la malade.

La petite bougie métallique est alors mise en rapport avec le pôle négatif d'une pile de Trouvé au bisulfate de mercure; les deux plaques de zinc forment l'électrode positive. Au début, dix éléments sont réunis. M. Leblond dirige le bec de la sonde de manière qu'il n'intéresse pas la paroi vaginale; il le pousse légèrement dans la direction présumée du canal. La malade, très-craintive et qui voulait être endormie, n'éprouve qu'un picotement du côté de l'urèthre. Au bout de huit minutes, on ajoute quatre éléments. La douleur est assez vive, mais supportable. Ce dont se plaint surtout la malade, c'est d'une forte envie d'uriner qu'elle ne peut satisfaire. Rien ne semble céder

cependant. On suspend le courant vingt-quatre minutes après le début.

Quelques minutes après, la bougie est replacée dans l'urèthre; 14 éléments sont employés. Au bout de quatre minutes, le courant est supprimé. Rien n'a pénétré dans la vessie.

Après l'opération, la femme n'éprouve que des picotements dans le canal; elle reste au lit toute la journée.

Le 10. Avant de faire une nouvelle séance d'électrolysation, M. Leblond essaie de passer dans le canal une petite bougie métallique large de 2 millimètres : elle passe. Le rétrécissement est donc en partie détruit. Il introduit ensuite une petite bougie métallique de 4 millimètres : elle passe avec frottement. Alors M. Leblond prend une électrode à extrémité conique de 4 millimètres, le place au delà du rétrécissement. On réapplique les plaques de zinc, et le courant est fermé. Durant son passage, l'électrode uréthrale est ramenée d'arrière en avant avec lenteur. Au bout de quatre minutes, la bougie était venue en deçà du rétrécissement. La malade a très-peu souffert. On peut passer à frottement une sonde de femme.

Cette femme, ayant fini sa peine, sort au moment où M. Leblond voulait opérer la fistule. Elle n'est donc guérie que de son rétrécissement.

10 décembre 1878. La malade revient pour un autre délit : on l'examine à nouveau. Le rétrécissement a complétement disparu, et une forte sonde pénètre facilement dans la vessie. La guérison s'est donc bien maintenue. La fistule persiste, et nous remarquons aussi chez elle une des complications décrites plus haut comme conséquence du rétrécissement : je veux dire l'incontinence d'urine. En bouchant la fistule vésico-vaginale, l'urine s'échappe goutte à goutte par le méat, et la malade ne peut la retenir.

Comme il est facile de le voir d'après les résultats obtenus dans ces diverses observations, la dilatation et l'électrolyse sont deux moyens curatifs dont l'efficacité est incontestable.

Malgré les succès produits par la dilatation, malgré les guérisons obtenues depuis longtemps par cette méthode dans les rétrécissements de l'urèthre en général, il me semble permis de faire ici un parallèle entre ce mode de traitement et l'électrolyse qui fut peut-être trop peu employée.

Il est tout d'abord un fait bien établi par de nombreuses et anciennes observations, c'est que la dilatation, quoique excellente, n'a pas toujours procuré au malade une guérison pleine et durable. La plupart du temps l'individu atteint de rétrécissement organique fut obligé de se soumettre chaque année à un massage de l'urèthre plus ou moins fréquent. Trop souvent oublieux des recommandations données, le malade vit, après une première guérison, son rétrécissement reparaître avec tout le cortége de ses douleurs. En un mot, dans bien des cas la dilatation n'amena qu'un soulagement considérable, il est vrai, mais dont la durée fut variable et limitée. De plus, il est un fait acquis à la science, c'est que certains rétrécissements, d'origine traumatique, sont réfractaires à ce traitement. Comme on le voit, d'une manière générale la dilatation chez l'homme a de grands et de véritables avantages mais elle ne procure pas toujours une guérison radicale; la récidive est toujours imminente.

Chez la femme, les résultats de cette méthode semblent être absolument identiques. Nous voyons en effet dans l'observation XIV une femme traitée une première fois par la dilatation entrer à la Maison de santé sept ans plus tard pour se soumettre à nouveau au même traitement.

Dans l'observation suivante, due à Thompson, nous constatons encore une récidive chez une femme dont on avait progressivement dilaté l'urèthre quelques années auparavant.

Enfin la dilatation est péniblement longue et n'amène que lentement le résultat cherché.

Les observations dont les sujets furent traités par l'électrolyse nous dispensent d'insister sur la rapidité avec laquelle la galvano-caustique chimique, appliquée à la cure des rétrécissements uréthraux chez la femme, donne les résultats prochains les plus satisfaisants. Elles prouvent combien l'opération, si facile et si peu douloureuse, donne chez la femme des guérisons qui longtemps plus tard existent encore.

Ces observations sont malheureusement peu nombreuses et je ne voudrais pas affirmer que la galvano-caustique chimique

n'expose pas comme la dilatation à la récidive. Les faits sont trop jeunes et ne peuvent entraîner la conviction à cet égard. Peut-être ces guérisons ne seront-elles que momentanées? Je veux bien l'admettre, mais il est certain qu'elles existent et qu'elles peuvent faire hésiter le médecin entre les deux méthodes que nous envisageons, lorsqu'il s'agit de la femme.

Tandis que la dilatation aplanit et étale pour ainsi dire les surfaces rétrécissantes, l'électrolyse les fait disparaître. Tandis que la première n'attaque pas les engorgements périuréthraux qui doivent jouer un rôle dans la récidive, la seconde les dissout pour ainsi dire. MM. Mallez et Tripier ont parfaitement établi que la dilatation de l'urèthre obtenue par le galvanisme augmente dans les jours qui suivent la séance et qu'une sonde qui n'aurait pu passer immédiatement après l'opération passe quelques jours plus tard avec facilité.

Enfin il est des cas où l'électrolyse est appelée à rendre de grands services; ce sont ceux où le choix du mode opératoire n'est plus possible. Il est en effet de ces rétrécissements qui sont tellement épais et qui obturent si bien la lumière uréthrale que la bougie la plus filiforme ne saurait les franchir. Dans ces cas on devra toujours employer l'électrolyse. Que pourra-t-il, en effet, arriver si on ne la tente pas? Dans quelles alternatives se trouvent placés et le médecin et le malade si l'urine ne peut plus suivre sa voie naturelle ; ou bien le médecin sera obligé dans un délai rapide de faire une ponction de la vessie, ou bien cet organe éclatera fatalement sous les efforts du liquide qui le presse et donnera lieu à une péritonite mortelle, ou bien enfin les tuniques vésicales se déchirant au niveau du vagin délivreront la malade au prix d'une fistule vésico-vaginale.

CONCLUSIONS.

I. — Les rétrécissements de l'urèthre chez la femme sont rares, mais ils le sont peut-être moins qu'on ne le pense, car la

dilatabilité du canal empêche les symptômes de se manifester quand l'affection est peu marquée.

II. — Les causes qui, chez la femme, produisent la stricture uréthrale, sont principalement l'uréthrite spécifique et le traumatisme (certains cas de dystocie). Les ulcérations syphilitiques et le chancre mou du canal peuvent aussi, par leur cicatrisation, diminuer fortement le calibre de l'urèthre.

III. — L'affection est déjà très-avancée lorsque ses premiers symptômes apparaissent. Diminution du jet de l'urine, difficulté de la miction, phénomènes de cystite, quelquefois rétention complète avec ou sans incontinence, tels sont les symptômes qui attirent l'attention du médecin vers l'affection uréthrale. Le cathétérisme indiquera le siége et le degré de la coarctation.

IV. — Le rétrécissement de l'urèthre chez la femme peut coïncider avec une fistule vésico-vaginale. Il peut aussi en être la cause. Enfin il peut avoir comme conséquence une affection irremédiable : l'incontinence d'urine.

V. — Les rétrécissements de l'urèthre chez la femme ont été traités de différentes manières. L'uréthrotomie interne fut employée deux fois avec succès. Cependant ce moyen doit être rejeté comme dangereux. Il en est de même pour la dilatation brusque. Les deux principaux modes curatifs sont la dilatation progressive et l'électrolyse. Ce dernier mode de traitement semble donner chez la femme des résultats remarquables. Il doit toujours être employé toutes les fois que la dilatation n'est pas possible. Dans les cas où la ponction vésicale semble nécessaire on devra toujours essayer de la galvano-caustique chimique avant d'en venir à cette extrémité.

REVUE DE LA PRESSE

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS DE L'OVARIOTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE (1).

Par le Dr Duplay.
Chirurgien des hôpitaux.

L'ovariotomie appliquée au traitement des kystes de l'ovaire a fait aujourd'hui ses preuves et peut être considérée, à juste titre, comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine. C'est en France que la pratique de cette opération a eu le plus de peine à s'introduire et à s'acclimater; là, comme dans les autres pays, elle a commencé par constituer entre les mains d'un petit nombre d'opérateurs une sorte de spécialité, et c'est seulement depuis quelques années qu'elle tend de plus en plus à tomber dans le domaine public, si bien qu'à l'heure actuelle il n'est guère de chirurgiens qui, en présence des succès qu'elle fournit, hésiteraient à y avoir recours.

Malgré cette adoption à peu près générale de l'ovariotomie, on semble s'être peu préoccupé jusqu'à ce jour, du moins en France, de déterminer rigoureusement les règles qui doivent guider dans la pratique de cette opération et qui se rapportent aux *indications* et aux *contre-indications*, au *manuel opératoire*, aux *soins consécutifs*, etc. Ces diverses questions, qui mériteraient d'être définitivement résolues à cette heure où l'ovariotomie est devenue une opération usuelle, se trouvent

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie de médecine le 30 octobre 1878 et publié dans les *Archives de médecine* (janvier 1879).

très-insuffisamment traitées dans quelques publications récentes et n'ont jamais été l'objet d'une discussion approfondie au sein de l'Académie de médecine ou de la Société de chirurgie.

Dans cette communication, je me propose d'étudier un des points les plus importants qui se rattachent à la pratique de l'ovariotomie appliquée au traitement des kystes de l'ovaire; je veux parler *des indications et des contre-indications de cette opération*.

Mon expérience personnelle, quoique portant déjà sur un nombre de cas assez considérable, serait certes insuffisante pour juger en dernier ressort cette difficile question. Aussi, dans l'étude qui va suivre, ai-je dû souvent appuyer mes assertions sur l'autorité des chirurgiens qui ont écrit sur ce sujet.

I

Il semble banal de dire qu'avant de songer à pratiquer une ovariotomie, le diagnostic doit être établi aussi complétement que possible, et cependant je ne crains pas d'insister sur ce premier point.

Quelques chirurgiens, enhardis par de nombreux succès, paraissent n'attacher qu'une médiocre importance à ce diagnostic et se réservent de le faire après l'ouverture préalable de l'abdomen. Je ne saurais m'élever trop fortement contre une semblable pratique, qui n'a rien de chirurgical et qui constitue une sorte d'autopsie faite sur le vivant.

Si l'incision des parois abdominales est parfois justifiée à titre d'opération exploratrice, ce ne peut être que dans quelques cas exceptionnels, alors que le chirurgien a épuisé toutes les ressources dont il dispose pour arriver à un diagnostic rigoureux. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner quels sont les moyens à mettre en usage pour établir ce diagnostic. Il en est un, cependant, que quelques auteurs rejettent et dont on ne saurait,

selon moi, contester l'indispensable utilité au point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie ; ce moyen de diagnostic, c'est la *ponction exploratrice*.

Grâce aux perfectionnements apportés depuis quelques années dans la construction des appareils aspirateurs, la ponction des tumeurs abdominales avec de fins trocarts est presque sûrement inoffensive, et cette innocuité fait disparaître une des principales objections dirigées contre cette pratique. En revanche, la ponction exploratrice permet non-seulement d'affirmer l'existence d'une tumeur liquide, mais encore de constater si la tumeur est uniloculaire ou multiloculaire, et quelle est la nature du liquide contenu.

Ces deux dernières considérations sont, en effet, d'un grand poids dans la détermination des indications et des contre-indications de l'ovariotomie. Tandis que cette opération est seule capable de guérir les kystes multiloculaires, d'autres méthodes thérapeutiques sont applicables aux kystes uniloculaires, et parmi ces derniers il en est même qui disparaissent par une simple ponction ou qui finissent par guérir après une série de ponctions successives ; tels sont en particulier les *kystes du parovarium*, qu'il est à peu près impossible de distinguer cliniquement des kystes de l'ovaire proprement dit sans avoir recours à la ponction. Relativement aux kystes du parovarium dont je viens de parler, on sait aujourd'hui que le liquide qui les constitue est clair, limpide, qu'il renferme seulement des traces d'albumine, se colore en rouge lorsqu'il est exposé aux rayons du soleil, et ne présente enfin à l'examen microscopique aucune espèce d'éléments figurés.

Cette simple constatation suffira donc, dans un certain nombre de cas, pour contre-indiquer, du moins immédiatement, toute intervention chirurgicale active. Chez une femme entrée récemment dans mon service pour un énorme kyste de l'ovaire et disposée à subir l'ovariotomie, la ponction ayant donné issue à 12 litres d'un liquide clair et limpide et présentant les caractères des kystes parovariens, j'ai cru devoir différer l'opération,

au grand bénéfice de la malade, qui a guéri par le fait de cette seule ponction (1).

Indépendamment des renseignements précieux que la ponction exploratrice peut fournir au chirurgien, relativement à l'existence réelle d'un kyste de l'ovaire et à la nature du liquide qu'il renferme, elle peut encore être d'un grand secours pour éclairer certains détails du diagnostic, indispensables à connaître au point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie. Dans quelques cas, par exemple, où l'on soupçonne des adhérences du côté du bassin, circonstance parfois suffisante pour contre-indiquer l'opération, la ponction, en diminuant la tension de l'abdomen, permet souvent de s'assurer que les adhérences n'étaient qu'apparentes et simulées par une sorte d'enclavement de la tumeur dans le petit bassin.

Sans insister davantage sur ce sujet, je pense qu'il est nécessaire de prescrire la ponction exploratrice comme une règle absolue, dans tous les cas de tumeurs abdominales reconnues comme des kystes de l'ovaire ou seulement soupçonnées telles. Dans le seul cas où j'ai cru devoir négliger cette règle de conduite, me fondant sur le renseignement fourni par un de mes collègues qui avait pratiqué une ponction antérieure et affirmé l'existence d'un kyste uniloculaire, je me suis trouvé en présence d'une ascite déterminée par une dégénérescence probablement cancéreuse du péritoine du petit bassin. Cette erreur de diagnostic n'eut fort heureusement aucune suite fâcheuse. La malade guérit de l'opération et succomba seulement dix-huit mois plus tard au progrès de son affection.

Si l'opinion que je viens d'émettre, relativement à l'indispensable nécessité de la ponction exploratrice avant toute ovariotomie, est en contradiction avec celle de quelques chirurgiens, je suis heureux d'invoquer en sa faveur l'autorité de Spencer

(1) Depuis la lecture de cette communication à l'Académie de médecine, deux nouveaux faits se sont présentés dans mon service et ont eu la même issue.

Wells, qui, dans une récente occasion, a formulé la même règle, du moins pour les cas de kystes uniloculaires. Je vais même plus loin, ainsi qu'on l'a vu, et j'estime qu'il faut étendre ce précepte aussi bien aux kystes multiloculaires qu'aux kystes uniloculaires. Car aux avantages incontestables que peut offrir cette pratique, on ne saurait opposer les dangers de la ponction relativement au développement d'accidents inflammatoires du côté du kyste ou du péritoine, ni les inconvénients attribués par quelques auteurs à la ponction qui aurait pour effet, suivant eux, de développer des adhérences et de rendre dans la suite l'ovariotomie plus difficile et plus grave.

En effet, les dangers de la ponction sont considérablement diminués depuis que l'on fait usage des appareils aspirateurs qui sont actuellement entre nos mains, et si l'on a publié quelques faits dans lesquels une simple ponction aspiratrice a été suivie d'accidents graves du côté du kyste ou du péritoine; je pense que ces accidents doivent être le plus souvent mis sur le compte de l'opérateur qui a négligé de prendre toutes les précautions de rigueur chaque fois que l'on pratique une ponction de l'abdomen. D'ailleurs, à supposer que ces accidents se développent, le chirurgien peut encore les conjurer en pratiquant sur-le-champ l'ovariotomie.

D'un autre côté, relativement aux inconvénients de la ponction pour l'avenir, Spencer Wells a montré que la ponction ou les ponctions antérieures n'augmentaient que de 2 pour cent le chiffre de la mortalité dans l'ovariotomie, et encore s'agirait-il le plus souvent, non de ponctions exploratrices, mais de ponctions plus ou moins répétées à l'aide de gros trocarts.

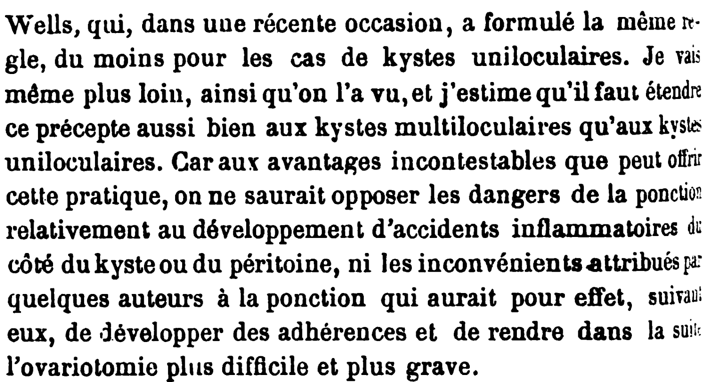
II

Abstraction faite de conditions particulières capables de modifier sa détermination, le chirurgien mis en présence d'un kyste ovarique, justiciable *a priori* de l'ovariotomie, doit d'abord se demander à quel moment il convient d'intervenir.

Cette question, à laquelle il ne me semble pas que l'on ait accordé jusqu'à présent une importance suffisante, a été très-diversement résolue. Sur ce point, les chirurgiens se partagent en trois camps: les uns prescrivent d'opérer de bonne heure, alors même que le kyste est de petit volume et ne détermine pas d'accidents graves; les autres conseillent au contraire d'attendre jusqu'au moment où les accidents locaux et généraux occasionnés par le développement du kyste menacent immédiatement la vie; d'autres, enfin, adoptant une pratique intermédiaire, jugent que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque la tumeur, sans être encore une source de dangers immédiats, a acquis un grand développement et entrave les principales fonctions.

Les partisans de l'opération hâtive, parmi lesquels on peut citer Baker Brown, allèguent le petit volume de la tumeur qui permet de l'extraire par une étroite incision, l'absence d'adhérences qui rend l'opération plus simple et plus rapide, enfin l'intégrité des forces et de la santé générale qui assure la guérison. Nous verrons bientôt que ces raisons, plus spécieuses que réelles, sont loin d'être entièrement justifiées par les faits. Elles doivent d'ailleurs s'effacer devant cette grave considération que l'ovariotomie, pratiquée dans les conditions les plus favorables que l'on puisse imaginer, est toujours une opération sérieuse, susceptible de causer à bref délai la mort d'une femme qui aurait pu vivre encore plusieurs années. Car il faut ranger au nombre de ces exagérations dangereuses auxquelles se sont laissés entraîner dans ces derniers temps quelques partisans enthousiastes de la méthode antiseptique, l'opinion exprimée récemment par le Dr A. Martin au Congrès de médecine de Berlin, et d'après laquelle, en raison de l'innocuité de l'ovariotomie faite suivant les règles de la méthode antiseptique, toute tumeur de l'ovaire, non inflammatoire, doit être enlevée aussitôt qu'elle est reconnue.

Les chirurgiens qui conseillent de retarder autant que possible l'époque de l'opération et d'attendre même que la tumeur devienne le siége où le point de départ d'accidents locaux et



Wells, qui, dans une récente occasion, a formulé la même règle, du moins pour les cas de kystes uniloculaires. Je vais même plus loin, ainsi qu'on l'a vu, et j'estime qu'il faut étendre ce précepte aussi bien aux kystes multiloculaires qu'aux kystes uniloculaires. Car aux avantages incontestables que peut offrir cette pratique, on ne saurait opposer les dangers de la ponction relativement au développement d'accidents inflammatoires du côté du kyste ou du péritoine, ni les inconvénients attribués par quelques auteurs à la ponction qui aurait pour effet, suivant eux, de développer des adhérences et de rendre dans la suite l'ovariotomie plus difficile et plus grave.

En effet, les dangers de la ponction sont considérablement diminués depuis que l'on fait usage des appareils aspirateurs qui sont actuellement entre nos mains, et si l'on a publié quelques faits dans lesquels une simple ponction aspiratrice a été suivie d'accidents graves du côté du kyste ou du péritoine, je pense que ces accidents doivent être le plus souvent mis sur le compte de l'opérateur qui a négligé de prendre toutes les précautions de rigueur chaque fois que l'on pratique une ponction de l'abdomen. D'ailleurs, à supposer que ces accidents se développent, le chirurgien peut encore les conjurer en pratiquant sur-le-champ l'ovariotomie.

D'un autre côté, relativement aux inconvénients de la ponction pour l'avenir, Spencer Wells a montré que la ponction ou les ponctions antérieures n'augmentaient que de 2 pour cent le chiffre de la mortalité dans l'ovariotomie, et encore s'agirait-il le plus souvent, non de ponctions exploratrices, mais de ponctions plus ou moins répétées à l'aide de gros trocarts.

II

Abstraction faite de conditions particulières capables de modifier sa détermination, le chirurgien mis en présence d'un kyste ovarique, justiciable *a priori* de l'ovariotomie, doit d'abord se demander à quel moment il convient d'intervenir.

Cette question, à laquelle il ne me semble pas que l'on ait accordé jusqu'à présent une importance suffisante, a été très-diversement résolue. Sur ce point, les chirurgiens se partagent en trois camps: les uns prescrivent d'opérer de bonne heure, alors même que le kyste est de petit volume et ne détermine pas d'accidents graves; les autres conseillent au contraire d'attendre jusqu'au moment où les accidents locaux et généraux occasionnés par le développement du kyste menacent immédiatement la vie; d'autres, enfin, adoptant une pratique intermédiaire, jugent que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque la tumeur, sans être encore une source de dangers immédiats, a acquis un grand développement et entrave les principales fonctions.

Les partisans de l'opération hâtive, parmi lesquels on peut citer Baker Brown, allèguent le petit volume de la tumeur qui permet de l'extraire par une étroite incision, l'absence d'adhérences qui rend l'opération plus simple et plus rapide, enfin l'intégrité des forces et de la santé générale qui assure la guérison. Nous verrons bientôt que ces raisons, plus spécieuses que réelles, sont loin d'être entièrement justifiées par les faits. Elles doivent d'ailleurs s'effacer devant cette grave considération que l'ovariotomie, pratiquée dans les conditions les plus favorables que l'on puisse imaginer, est toujours une opération sérieuse, susceptible de causer à bref délai la mort d'une femme qui aurait pu vivre encore plusieurs années. Car il faut ranger au nombre de ces exagérations dangereuses auxquelles se sont laissés entraîner dans ces derniers temps quelques partisans enthousiastes de la méthode antiseptique, l'opinion exprimée récemment par le Dr A. Martin au Congrès de médecine de Berlin, et d'après laquelle, en raison de l'innocuité de l'ovariotomie faite suivant les règles de la méthode antiseptique, toute tumeur de l'ovaire, non inflammatoire, doit être enlevée aussitôt qu'elle est reconnue.

Les chirurgiens qui conseillent de retarder autant que possible l'époque de l'opération et d'attendre même que la tumeur devienne le siége où le point de départ d'accidents locaux et

généraux graves, obligeant à une intervention prompte pour sauver les jours de la malade, semblent avoir été inspirés par un juste sentiment de leur responsabilité.

Pour ces chirurgiens, parmi lesquels je citerai Keith, Thornburn, Greenhalgh, l'ovariotomie est une ressource extrême qui, en raison des dangers auxquels elle expose la malade, ne doit être proposée que lorsque la vie se trouve directement menacée.

On oppose à cette pratique des objections sérieuses qu'il importe d'examiner. En retardant à ses dernières limites l'ovariotomie, on donne, dit-on, à la tumeur le temps d'acquérir un volume considérable, ce qui oblige souvent à faire une incision très-large, on laisse se former des adhérences, on s'expose à l'invasion du côté du kyste et de la cavité péritonéale d'accidents inflammatoires qui compliqueront et aggraveront l'opération, enfin on pratique celle-ci sur des sujets affaiblis, émaciés, incapables de subvenir aux frais de la guérison. En un mot l'ovariotomie tardive serait de nature à compromettre le succès de l'opération.

Ces objections, malgré leur valeur réelle, sont cependant très-discutables. La nécessité d'une incision plus grande, l'existence d'adhérences, quoique rendant le pronostic de l'ovariotomie un peu plus sérieux, ne sont pas cependant des conditions aussi redoutables qu'on le pensait autrefois, et d'ailleurs elles ne résultent pas fatalement du retard apporté à l'opération, car relativement à l'étendue à donner à l'incision, elle dépend bien plus de la nature et de la composition du kyste que de l'époque de son évolution, et relativement aux adhérences, outre qu'elles peuvent exister de très-bonne heure, leur gravité est plutôt en rapport, ainsi que nous le dirons, avec le siége qu'elles occupent.

L'objection tirée de l'état de santé des malades, des complications locales et générales dans l'ovariotomie tardive, perd beaucoup de sa valeur, lorsqu'on quitte le domaine de la théorie pour interroger les faits.

Il résulte, en effet, d'une statistique dressée par J. Clay et

comprenant 253 ovariotomies pratiquées sur des sujets dont la santé générale était plus ou moins altérée ou qui présentaient au moment de l'opération diverses complications, que le chiffre des insuccès est beaucoup moins élevé qu'on aurait pu le supposer *a priori*, et que même dans les cas où l'émaciation était extrême, le nombre des résultats favorables est sensiblement égal à celui des insuccès.

Quant aux complications locales du côté du kyste et de la cavité abdominale, Keith a montré que l'inflammation suppurative et même gangréneuse du kyste, compliquée de perforation et de péritonite, était loin de contre-indiquer l'ovariotomie et que celle-ci réussissait souvent dans ces conditions en apparence si défavorables. Sur 15 opérations pratiquées pour des kystes enflammés, suppurés et même gangrenés, Keith (1) a obtenu 13 succès.

Si, d'après ce qui précède, l'ovariotomie tardive paraît justifiée, il faudrait craindre toutefois de tomber dans une exagération opposée à celle des partisans de l'opération précoce. C'est évidemment entre ces deux termes extrêmes qu'il faut chercher l'époque la plus favorable au succès, celle où l'ovariotomie pourra être proposée et fournira les plus beaux résultats. Cette époque intermédiaire, qui, selon moi, constitue le moment opportun, est du reste adoptée par un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai Peaslee, Atlee, Tyler Smith, Bryant, Spencer Wells.

Ce dernier auteur a très-nettement indiqué les conditions dans lesquelles il convient de proposer l'ovariotomie. Suivant lui, on ne doit opérer que lorsque la tumeur a acquis un grand volume, empêche la locomotion, gêne l'action du cœur et des poumons, met obstacle à la circulation intra-abdominale, comprime les organes du bassin, cause des douleurs, altère les fonctions digestives et détermine enfin l'émaciation et la perte des forces.

---

(1) *Edinburgh med. Journ.*, february, 1875, et *The Lancet*, 10 mars 1877.

Dans ces conditions, en effet, l'indication est formelle. A cette époque l'existence est menacée dans un avenir prochain, et l'intervention chirurgicale avec ses chances défavorables n'expose pas à abréger de beaucoup la vie de la malade. D'autre part, les faits démontrent que c'est à cette période relativement assez avancée de l'évolution des kystes de l'ovaire que l'ovariotomie réussit le mieux. Il semble que le péritoine, sous l'influence du contact prolongé du kyste avec sa surface interne, subisse une sorte de modification dans sa structure qui le rend moins sensible et lui permet de mieux supporter le traumatisme. Spencer Wells a fait remarquer avec juste raison que ce ne sont pas toujours les ovariotomies les plus simples, au point de vue du manuel opératoire, qui fournissent les meilleurs résultats.

Il en est de même pour ce qui concerne l'état général. Nous avons montré précédemment que l'altération profonde de la santé, et même l'émaciation extrême de la malade, par le fait de l'évolution de la tumeur, étaient loin de compromettre autant qu'on aurait pu le supposer le résultat de l'opération.

A plus forte raison en est-il ainsi lorsqu'on opère à la période intermédiaire que nous avons conseillé de choisir, alors que le trouble des fonctions, l'émaciation, la perte des forces n'ont pas encore atteint leur limite extrême. Tous les chirurgiens savent, en effet, par expérience, que les opérations réussissent beaucoup mieux chez les sujets affaiblis, malades depuis longtemps, ayant pour ainsi dire l'habitude morbide, que chez les sujets vigoureux, surpris au milieu de la santé la plus parfaite par le traumatisme opératoire. On pourrait à cet égard comparer les résultats des amputations traumatiques et des amputations pathologiques à ceux de l'ovariotomie précoce et de l'ovariotomie intermédiaire ou tardive.

En résumé, donc, je pense devoir conclure que l'ovariotomie précoce doit être absolument rejetée ; que l'ovariotomie tardive, quoique mieux justifiée que la précédente, ne doit pas être prescrite comme une règle générale, mais qu'on doit lui préférer l'opération intermédiaire, pratiquée à cette période moyenne

de l'évolution du kyste, dans laquelle celui-ci a acquis un développement déjà considérable et tend à s'accroître, et lorsque les principales fonctions commencent à être sérieusement atteintes.

III

Il nous reste maintenant à examiner diverses conditions spéciales qui peuvent modifier cette pratique générale et constituer autant d'indications ou de contre-indications particulières aux différents cas. Ces conditions sont relatives à l'état général et à l'état local du sujet.

L'*âge* avancé ne saurait être considéré comme une contre-indication absolue. Spencer Wells, Atlee et d'autres chirurgiens ont pratiqué avec succès l'ovariotomie chez des femmes âgées de 65, 68, 70 ans. Une de mes dernières opérées était âgée de 64 ans, et a guéri rapidement. Les statistiques de Spencer Wells montrent même que la période de 50 à 55 ans est celle dans laquelle l'ovariotomie donne la plus grande mortalité.

L'*état de santé générale* des malades doit être pris en grande considération et peut fournir une contre-indication absolue à toute intervention active. Il faut, cependant, distinguer avec soin les cas où l'altération de la santé est exclusivement sous la dépendance de l'évolution du kyste, de ceux où elle est le résultat d'une maladie générale existant à titre de complication.

On a vu précédemment que l'ovariotomie pratiquée sur des sujets parvenus au dernier degré de l'émaciation était encore susceptible de guérison ; par conséquent, l'altération profonde de la santé par le fait même de l'évolution du kyste n'est pas une contre-indication absolue à l'opération.

Mais il en est tout autrement des maladies générales qui ne sont pas sous la dépendance du kyste. Elles constituent une

contre-indication formelle à l'ovariotomie, comme dans d'autres circonstances toute intervention chirurgicale grave doit être proscrite lorsqu'il existe concurremment une complication générale indépendante de l'état local. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point qui n'offre rien de spécial et, sans entrer dans une énumération fastidieuse, il suffira de dire d'une manière générale que l'ovariotomie est contre-indiquée dans tous les cas où il existe, concurremment avec un kyste de l'ovaire, une affection capable de déterminer ultérieurement par elle-même la mort de la malade ou de compromettre, d'une manière à peu près certaine, le résultat de l'opération.

Les conditions locales, qui peuvent modifier les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, se rapportent à l'état du kyste et de la cavité péritonéale.

Le *volume du kyste* ne saurait constituer une contre-indication ; on doit tout au plus en tenir compte au point de vue du pronostic de l'opération, lorsqu'il s'agit d'un kyste multiloculaire, dont les dimensions ne peuvent être réduites par les ponctions, et dont l'extraction exigera une large incision.

La *nature du liquide* contenu dans le kyste n'a pas non plus une grande importance, excepté dans le cas de kystes uniloculaires, à contenu séreux, appartenant à la classe des kystes du parovarium, et dans lesquels l'ovariotomie est généralement contre-indiquée. Nous avons montré, en effet, que ces kystes guérissent souvent après une ou plusieurs ponctions.

L'*ascite*, lorsqu'elle est exclusivement due à la présence du kyste, loin de contre-indiquer l'ovariotomie, m'a paru plusieurs fois une condition favorable au succès de l'opération.

Dans ces cas, l'épanchement est généralement peu abondant ; lorsque l'ascite est considérable, il est rare qu'il n'existe pas quelque profonde altération du côté de l'utérus et des ovaires, de nature à contre-indiquer l'ovariotomie ; il s'agit alors, presque toujours, d'une dégénérescence cancéreuse souvent étendue au péritoine pariétal et viscéral du petit bassin. Aussi, dans les cas d'ascite très-abondante, je conseille, après

avoir complétement évacué le liquide péritonéal à l'aide d'une ponction, d'explorer avec le plus grand soin la cavité abdominale et surtout la cavité du petit bassin, et de s'abstenir de toute intervention, si l'on trouve le kyste adhérent, l'utérus immobile, déplacé, augmenté de volume, les culs-de-sac vaginaux effacés.

A plus forte raison l'ascite doit-elle être considérée comme une contre-indication à l'ovariotomie, lorsqu'elle est sous la dépendance d'une maladie du cœur, des reins, du foie, etc.

On s'est beaucoup préoccupé autrefois des *adhérences* qui peuvent unir le kyste aux parois ou aux viscères de l'abdomen, et l'on s'est efforcé de trouver des signes qui permissent de les reconnaître sur le vivant. Ce diagnostic est et restera probablement longtemps encore fort obscur; il a d'ailleurs beaucoup perdu de son importance à mesure que l'on a pu se convaincre, par de nombreuses opérations, que l'existence d'adhérences aux parois et même aux viscères n'aggravait pas notablement le pronostic opératoire. A supposer donc que l'on pût reconnaître ou soupçonner des adhérences du kyste, cette considération ne serait pas de nature à arrêter la main du chirurgien.

Je crois, cependant, devoir admettre une exception à cette loi générale, relativement aux adhérences du kyste du côté du petit bassin. Ces adhérences, qu'il est parfois possible de diagnostiquer, surtout après une ponction, à l'aide du toucher vaginal et rectal, créent des difficultés opératoires souvent insurmontables, et ont même empêché le chirurgien de terminer l'opération. En outre, elles indiquent généralement, comme je l'ai dit plus haut, la présence d'une tumeur complexe, affectant à la fois l'ovaire, l'utérus et même le péritoine du petit bassin.

Ainsi, sans admettre comme une contre-indication absolue à l'ovariotomie l'existence d'adhérences du côté du petit bassin, puisque l'opération a réussi dans un certain nombre de cas analogues, je pense que cette condition devra toujours être considérée comme très-grave au point de vue du résultat opératoire, et même dans les cas où les adhérences seront très-étendues,

très-résistantes, en même temps qu'il existera du côté du petit bassin des signes permettant de soupçonner une lésion complexe, il sera préférable de s'abstenir et de refuser l'opération.

Dans le cours de l'évolution d'un kyste ovarique, on peut voir survenir certaines *complications locales* qu'il importe d'examiner au point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie. Ces complications sont : les hémorrhagies à l'intérieur du kyste, la rupture de ses parois, soit par excès de distension, soit consécutivement à l'inflammation et à la gangrène, qui peuvent elles-mêmes survenir spontanément ou par suite de la torsion du pédicule ; enfin, la péritonite qui, parfois déterminée par la présence seule de la tumeur, succède le plus souvent à l'inflammation et à la rupture de celle-ci dans la cavité peritonéale.

On pourrait supposer *a priori*, que l'existence de l'une de ces complications, qui souvent se combinent entre elles, dût rendre le pronostic de l'ovariotomie assez grave pour constituer une contre-indication à peu près absolue. Cette opinion, qui a régné pendant quelque temps au début de l'ovariotomie et que conservent encore quelques chirurgiens, me paraît être tout à fait erronée. L'expérience a montré, en effet, que dans ces cas compliqués l'opération fournissait des résultats très-satisfaisants et d'autant plus admirables que la vie des malades se trouve menacée à bref délai par le fait seul des complications. Sur un total de 39 cas empruntés à Keith, Peaslee, Spencer Wells, Atlee, etc., et dans lesquels l'ovariotomie fut pratiquée au milieu des circonstances les plus fâcheuses, le kyste étant le siége d'une hémorrhagie, d'une inflammation suppurative, accompagnées parfois de gangrène et de perforation de ses parois, le péritoine étant enflammé à un degré variable et renfermant même une partie plus ou moins considérable du contenu de la tumeur, on compte environ 34 succès et 5 morts.

Ces chiffres sont assez éloquents pour juger définitivement la question, et l'on peut dire aujourd'hui que les complications inflammatoires survenant brusquement du côté du kyste ou du

péritoine, loin de constituer une contre-indication à l'opération, doivent au contraire être regardées comme une indication pressante à intervenir rapidement et sans retard si on veut sauver les jours de la malade.

J'ai réservé pour la fin l'examen de l'importante question relative à la conduite que doit tenir le chirurgien dans les cas de *kyste ovarique compliqué de grossesse*. Celle-ci, en effet, ne constitue pas seulement une complication locale qui peut modifier les indications et les contre-indications de l'ovariotomie, elle crée de plus des conditions générales particulières dont le chirurgien doit tenir compte, et c'est à juste titre que l'on s'est préoccupé dans ces derniers temps de l'influence que la puerpéralité peut exercer sur les résultats des opérations. Il est donc permis de considérer la grossesse, au point de vue de la pratique de l'ovariotomie, comme une complication à la fois générale et locale.

Je ne possède pour juger cette question aucune expérience personnelle, n'ayant pas eu encore l'occasion d'intervenir activement dans un cas de kyste de l'ovaire compliqué de grossesse, mais la pratique d'autres chirurgiens pourra nous fournir à cet égard d'utiles enseignements. Dans une importante discussion, soulevée à la Société obstétricale de Londres (juillet 1877), Spencer Wells a rapporté 9 cas d'ovariotomies pratiquées dans le cours de la grossesse (3 au troisième mois, 3 au quatrième mois, 1 au sixième mois, 2 au septième mois), et sur ce nombre il a obtenu 8 guérisons.

Une fois le fœtus a été expulsé immédiatement après l'opération (grossesse de quatre à cinq mois); une autre fois, six heures après (grossesse de six mois); dans un cas, l'accouchement a eu lieu le lendemain (enfant de 7 mois); dans un autre cas, vingt-cinq jours après l'opération (enfant de 7 mois); enfin, cinq fois l'ovariotomie ne paraît pas avoir troublé la marche de la grossesse et l'accouchement naturel s'est fait à son terme.

Malgré leur petit nombre, ces faits prouvent, au moins d'une

manière générale, que la grossesse est loin de contre-indiquer l'ovariotomie, mais il importe de préciser les cas dans lesquels il convient d'y avoir recours chez une femme grosse et l'époque de la grossesse la plus favorable à l'opération. Il est évident que l'ovariotomie ne doit être proposée, dans le cas de grossesse, que lorsque le volume de la tumeur kystique ne permet pas un libre développement de l'utérus et devient la cause de douleurs et de dangers pour la vie de la mère et de l'enfant. On voit, en effet, quoique rarement, des exemples de grossesses terminées heureusement à terme chez des femmes atteintes concurremment de kystes ovariques.

D'autre part, avant de songer à pratiquer l'ovariotomie chez une femme enceinte, il faut s'être assuré que les accidents produits par le kyste ne peuvent être conjurés par d'autres moyens. La ponction, surtout dans les cas de kystes uniloculaires ou pauciloculaires peut, en effet, diminuer les accidents et permettre à la femme de parvenir au terme de sa grossesse.

En somme, dans la grossesse comme dans l'état de vacuité de l'utérus, l'ovariotomie est un moyen extrême qui ne doit être employé que lorsque les autres ont échoué ou sont inapplicables et lorsque l'opération est réclamée par l'apparition d'accidents imminents.

Quant à l'époque de la grossesse qui présenterait le plus de chances à l'opération, le petit nombre des faits que nous possédons est tout à fait insuffisant pour établir une loi à ce sujet.

J'ajouterai seulement qu'il résulte de plusieurs communications faites à la Société obstétricale de Londres, au cours de la discussion à laquelle je faisais allusion, que l'ovariotomie pratiquée dans les quatre mois qui suivent l'accouchement a fourni des résultats déplorables, ce qui constitue un nouvel argument en faveur de l'ovariotomie faite pendant la gestation.

Je terminerai ce travail par les propositions suivantes, qui

résument d'une manière générale les indications et contre-indications de l'ovariotomie appliquée au traitement des kystes de l'ovaire :

1° Avant de songer à poser la question des indications et des contre-indications de l'ovariotomie, le chirurgien doit avoir établi un diagnostic aussi rigoureux que possible et pratiqué une ponction exploratrice.

2° Relativement à l'époque où il convient de proposer l'ovariotomie, je repousse formellement l'opération précoce, et je considère que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque le kyste est devenu par son volume un motif de gêne excessive pour les malades, ou par les accidents locaux et généraux qu'il détermine une cause imminente de dangers pour la vie.

3° L'ovariotomie tardive, quoique ne devant pas être adoptée comme une règle générale, n'est cependant pas contre-indiquée par l'existence des complications locales et générales des plus graves, telles que péritonite, inflammation, suppuration, gangrène du kyste.

4° L'ovariotomie est absolument contre-indiquée dans les cas de kystes de l'ovaire compliqués de maladies générales ou locales, indépendantes de la présence du kyste, et capables d'entraîner par leur évolution ultérieure la mort des malades.

5° Les diverses conditions locales dépendant de l'état du kyste (parois et contenus), de ses connexions (adhérences), de l'état du péritoine (ascite), ne sont que de peu d'importance au point de vue des indications et des contre-indications de l'ovariotomie.

Je dois cependant faire deux exceptions : la première relative aux kystes uniloculaires, à contenu séreux, non albumineux (kystes du parovarium), pour lesquels l'ovariotomie me paraît en thèse générale contre-indiquée ; la seconde relative aux adhérences étendues du côté du petit bassin et des organes qui y sont contenus (utérus, vessie, rectum), et qui, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'ascite abondante, indiquent souvent une affection maligne. Dans ces cas, en effet, sans oser

proscrire absolument l'ovariotomie, je conseillerais de la retarder autant que possible.

6° Enfin, l'ovariotomie est applicable aux kystes de l'ovaire compliqués de grossesse, lorsque la vie de la mère et de l'enfant est directement menacée par le développement de la tumeur et que la ponction demeure sans effet.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Polaillon. M. le docteur Poullet a lu à la séance du 10 juillet, un mémoire sur un instrument de son invention qu'il appelle le **Tocographe**. Cet instrument, à peu près semblable au Kymographion de Ludwig, est destiné à donner un tracé graphique de la contraction utérine et de la contraction des muscles abdominaux, pendant le travail de l'accouchement, et à différencier ces deux forces. Il se compose essentiellement de deux manomètres, en formes de tubes en U, contenant du mercure. Deux tiges flottantes sur les colonnes mercurielles enregistrent les oscillations de celles-ci sur un même cylindre qu'un mouvement d'horlogerie fait tourner. L'un des manomètres est en communication par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc avec une ampoule également en caoutchouc, qui est placée dans la cavité utérine ; l'autre est en communication avec une autre ampoule portée dans le rectum au-dessus du niveau de la tête fœtale. Les tubes qui passent sur les côtés de la tête fœtale sont rendus incompressibles par la présence de perles de verre dans l'intérieur de leur cavité. Les ampoules et les tubes sont remplis d'air où, ce qui vaut mieux, d'eau.

Le manomètre, qui correspond à l'utérus, donne un tracé des pressions que la contraction de cet organe exerce sur les parties qu'il contient. En même temps le manomètre qui correspond au rectum donne le tracé de la contraction des muscles abdominaux,

lorsque ceux-ci entrent en jeu pour produire l'expulsion du fœtus. Il en résulte que les phénomènes dynamiques de l'accouchement se trouvent écrits par le tocographe dans tous leurs détails.

Le tracé utérin EYF est formé par une série de pointes assez aiguës, de plus en plus élevées jusque vers le milieu de la contraction, puis l'élévation de ces pointes décline de plus en plus jusqu'au moment où l'utérus cesse de se contracter.

Le tracé abdominal CXD, au contraire, représente une série de plateaux dont le premier est le plus élevé, les autres descendant comme des degrés jusqu'à la fin de la contraction.

Par la disposition spéciale des manomètres, la hauteur de ces tracés au-dessus d'une ligne horizontale AB représente seulement la moitié de la hauteur de la colonne mercurielle qui est soulevée soit par la contraction utérine, soit par la contraction des muscles abdominaux. Ainsi la ligne AF représente la moitié de la hauteur de la colonne mercurielle qui équilibre la pression que l'utérus exerce sur les parties qu'il contient en l'absence de toute contraction. Cette pression est produite en grande partie par la tonicité des fibres musculaires de l'utérus. Elle varie peu dans les intervalles des contractions, et équivaut à peu près à une pression de 3 centimètres de mercure. De même les lignes VX et VY doivent être doublées pour obtenir les pressions réelles. La ligne VX représente la moitié de la colonne mercurielle soulevée par l'effort des muscles abdominaux et la ligne XY représente la moitié de la colonne mercurielle soulevée par l'*utérus seul*. Ces deux lignes ajoutées VY donnent la somme de ces deux forces.

En comparant ces deux tracés, M. Poullet a pu établir qu'ils dépendent de muscles dont la contraction n'a pas le même type. Le point culminant du tracé utérin existe vers le milieu de la contraction ; au contraire, le point culminant du tracé abdominal se rencontre au début de la contraction. Tandis que l'effort du muscle utérin augmente d'énergie jusqu'au milieu du temps de la douleur pour décroître ensuite progressivement, les muscles abdominaux donnent d'emblée toute leur puissance d'action ; puis ils suspendent leur effort et le recommencent, mais avec une moindre énergie ; puis nouvelle suspension, nouvel effort encore moindre que le précédent, et ainsi de suite. Chaque contraction offre une série d'efforts indiqués par des plateaux progressivement dégradés.

Dans ce premier travail M. Poullet n'a eu pour but que de montrer

la part relative effectuée par les muscles abdominaux et par le muscle utérin dans l'effort expulsif de l'accouchement, et de bien faire voir que le type de la contraction abdominale n'est pas le même que le type de la contraction utérine.

Il se réserve d'étudier dans un autre mémoire les applications pratiques du tocographe. Cet instrument pourrait, par exemple, donner des indications précises sur le mode d'action, soit des oxcitociques, soit des anesthésiques sur la contraction utérine. Il pourrait apprendre au juste quel est l'effet du chloroforme dont l'action dans l'accouchement est si discutée de nos jours.

Schartz de Rastok a précédé M. Poullet dans l'application des appareils enregistreurs à l'étude des phénomènes de l'accouchement. A l'aide d'un appareil qu'il a appelé le *tocodynanomètre* il a mesuré la force totale développée pour l'expulsion du fœtus. Mais il n'a pas séparé et différencié, comme l'a fait M. Poullet à l'aide du tocographe, l'effort produit par l'utérus et l'effort produit par les muscles abdominaux.

On a lieu de s'étonner, Messieurs, que l'application des appareils enregistreurs ait été si peu employée pour l'étude des phénomènes de l'accouchement. Ils pourraient pourtant donner des notions très-précises sur des phénomènes que l'on ne connaît qu'approximativement. A l'exception de Schartz et de M. Poullet, nous ne connaissons pas d'autres auteurs qui aient traité cette matière. Cette rareté peut sans doute s'expliquer par les difficultés, peut-être les dangers, de l'expérience.

En conséquence, M. Polaillon propose :

1° De remercier M. Poullet de son travail ;

2° De déposer son mémoire aux archives ;

3° De publier, dans nos mémoires, la figure indiquant les courbes des pressions utérines et musculaires.

Discussion :

M. Tarnier. Je n'ai pas très-bien compris comment M. Poullet pouvait obtenir un tracé indiquant la force de la contraction utérine isolée de la contraction des muscles abdominaux.

Je comprends bien qu'un ballon, introduit dans le rectum, puisse donner la force des muscles abdominaux, mais le ballon introduit dans l'utérus doit être soumis aux deux pressions.

M. Polaillon. En jetant un coup d'œil sur la planche qui accompagne le travail de M. Poullet, notre collègue, M. Tarnier, verra qu'il est facile de les séparer l'un de l'autre.

M. Guéniot. Je voudrais savoir combien M. Poullet a fait d'expériences, s'il s'agissait d'un travail régulier et s'il a transformé en grammes la mesure de la pression utérine.

On a déjà cherché à mesurer la force de l'utérus en se basant sur la résistance des membranes, et ces recherches n'ont aucun danger.

Je crois que si M. Poullet a indiqué un chiffre correspondant à la contraction utérine, on pourrait, en le comparant à ceux donnés par les expériences que je viens de rappeler, obtenir ainsi une contre épreuve intéressante.

M. Tarnier. Je rappellerai que lorsque je fis connaître mon appareil destiné à provoquer l'accouchement artificiel, un étudiant en médecine inventa un ballon destiné à mesurer la force de la pression utérine.

Depuis cette époque, Duncan a fait les recherches dont vient de parler M. Guéniot, et qui consistent à étudier la force utérine par la résistance des membranes. Ces expériences lui ont donné des résultats très-variables, puisque, dans certains cas, il a obtenu la rupture par une pression de 2 ou 3 kilogrammes, et, dans d'autres cas, il a fallu 18 kilos.

Cette différence dépend certainement du volume du tube et de la rapidité de la pression, aussi ne peut-on pas attacher une grande valeur à ces recherches, et M. Poullet a rendu un véritable service, car je ne crois pas que cette expérience soit très-dangereuse.

M. Polaillon. Tant que les membranes ne sont pas rompues, le fœtus subit la pression de l'utérus et des parois abdominales, mais, une fois les membranes rompues, l'accouchement n'est pas fini, et, pour étudier la force nécessaire, pour la déterminer, les expériences directes dans l'utérus sont indispensables. Il en est de même pour l'utérus que pour les recherches faites sur la force musculaire du cœur.

Je crois que l'introduction d'un ballon n'est pas dangereuse et que ce procédé nous donnera des renseignements utiles.

Duncan, avec ces expériences sur la résistance des membranes, avait conclu que le poids seul du fœtus pouvait suffire pour l'accouchement.

M. Guéniot. Je ne puis admettre que l'introduction d'un ballon

dans le rectum et surtout dans l'utérus soit sans dangers, aussi craindrais-je de voir ces expériences se renouveler sur une trop grande échelle.

(Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.)

(*Séance du* 8 *janvier* 1879, *Bull. de la Soc. de chir.*)

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNÉCOLOGIE

SUITE (1).

Congrès annuel tenu à Philadelphie en septembre 1878.

Des tumeurs dermoïdes de l'ovaire, par le Dr Byford, de Chicago. — L'auteur rapporte quatre observations très-détaillées dans lesquelles l'ablation de tumeurs dermoïdes a été pratiquée avec succès par l'ovariotomie.

D'après le Dr Byford, une tumeur dermoïde n'est autre chose qu'un kyste entouré d'une membrane tégumentaire et pouvant se rencontrer dans tous les points de l'organisme. En ce qui concerne l'origine de ces tumeurs l'auteur rappelle les diverses théories qui ont été émises depuis les époques les plus reculées. La plupart de ces théories n'avaient d'autres bases que l'imagination et la superstition et ce n'est qu'à une époque récente que des explications véritablement scientifiques ont été données sur la formation des tumeurs dermoïdes. La théorie la plus satisfaisante et la plus scientifique est la suivante : à la suite d'un accident de formation une indentation a lieu sur un point quelconque du blastoderme. Cette dépression est recouverte par le blastoderme et devient une cavité isolée; le développement de l'embryon continue malgré cet accident. La dépression ainsi formée comprend probablement les deux couches de la membrane blastodermique, mais la couche externe seule tapisse la cavité ainsi formée et se trouve isolée du reste de l'embryon avec tous ses éléments. Le processus d'organisation se continue dans cette cavité et c'est ainsi qu'on peut expliquer la formation des kystes dermoïdes

---

(1) Voir le numéro de novembre 1878.

dont le contenu paraît si bizarre et qui se rencontrent dans les deux sexes aussi bien chez le fœtus que chez l'enfant ou l'adulte. On trouve en effet les tumeurs dermoïdes sur tous les points de l'organisme humain et elles paraissent être aussi fréquentes chez l'homme que chez la femme.

De la néphrite parenchymateuse aiguë comme complication de la grossesse, par le Dr Richardson, de Boston. — Dans ce mémoire très-intéressant et très-instructif l'auteur appelle l'attention sur la nécessité d'examiner journellement la quantité et la qualité de l'urine sécrétée pendant la grossesse afin de s'assurer de la présence du danger et de l'étendue de ce danger. Une fois que l'existence de la néphrite parenchymateuse est constatée il importe de tenir un compte exact de la quantité d'urine sécrétée. Si cette quantité tombe au-dessous de la normale on s'efforcera de rétablir les fonctions des reins par des moyens appropriés ou, à défaut d'activer l'action des autres organes sécrétoires si les moyens employés sont insuffisants pour rétablir la fonction rénale et que la quantité d'urine excrétée continue à diminuer, l'auteur n'hésite pas à conseiller l'accouchement prématuré.

Le Dr Gaillard-Thomas approuve les opinions exprimées dans le mémoire de M. Richardson. Il pense que l'accouchement prématuré n'est pas indiqué dans tous les cas d'albuminurie, mais que, dans certains états graves, il n'hésite pas a y avoir recours.

Lorsque la quantité d'urine excrétée tombe au-dessous de la normale il s'efforce d'augmenter la sécrétion cutanée. A cet effet il a employé avec succès la pilocarpine qui présente en même temps l'avantage d'augmenter la sécrétion urinaire.

Version antérieure et postérieure de l'utérus, par le Dr Busey, de Washington. — L'auteur décrit une variété de déplacement utérin dans laquelle le corps de l'organe se porte alternativement en avant et en arrière lorsqu'il n'est pas soutenu par des moyens mécaniques. Tantôt on observe les symptômes de la rétroversion, tantôt ceux de l'antéversion.

M. Busey attribue cette mobilité anormale de l'utérus à cet état particulier du col qui a été décrit par Huguier sous le nom d'*élongation hypertrophique*. Voici comment il résume la thérapeutique de cette affection : 1° amputation du col ; 2° fixation du col par les procédés mécaniques.

Plusieurs autres mémoires ont été communiqués au Congrès; mais l'espace nous manque pour en donner ici l'analyse. Nous citerons cependant parmi les principaux :

De la gastro-élytrotomie, par le Dr GARRIGUES. (Nous pensons revenir sur cette question en analysant un mémoire de M. Gaillard-Thomas.)

De la leucorrhée considérée comme maladie constitutionnelle, par le Dr FORDYCE BARKER.

Du traitement de l'inversion utérine, par le Dr BYRNE, de Brooklyn.

Étude sur le cul-de-sac de Douglas, par le Dr CHADWICK, de Boston.

Signalons en terminant l'allocution par laquelle le président, M. Goodell, a clos les travaux du Congrès et a convoqué l'assistance pour la prochaine réunion.

Election du bureau pour 1879. — Voici la composition du bureau pour le Congrès de 1879 :

Président : M. le Dr Gaillard-Thomas, de New-York.

Vice-Présidents : MM. les Drs Storer, de Boston, et Wilson, de Baltimore.

Secrétaire : M. le Dr Chadwick, de Boston.

Trésorier : M. le Dr Paul Mundé, de New-York.

MM. S. Billing, Mathews Duncan, et Bozeman ont été élus membres honoraires.

Siége du Congrès pour 1879. — Il a été décidé que le prochain Congrès aura lieu dans la ville de Baltimore et s'ouvrira le troisième vendredi de septembre 1879.

REVUE DES JOURNAUX.

Prolapsus du cordon ombilical. — Le Dr ASHFORD, de Washington, propose de réduire le prolapsus du cordon ombilical au moyen d'un ballon de Barnes, sur lequel on le fixerait au moyen d'un lacs lâchement serré, et qu'on insufflerait quand l'appareil aurait dépassé la tête fœtale, après l'engagement de la tête, lorsque le cordon

ne risque pas de retomber en laissant le sac se dégonfler. Ashforp a réussi dans cette manœuvre avec le pessaire de Gariel ; elle a dû être malaisée, car il n'a pu serrer le lacs autour du ballon avant son insufflation, dans la crainte d'en gêner le gonflement, et le lacs a sans doute glissé plus d'une fois. Le sac hydrostatique de Barnes, présentant un point étranglé comme un violon, eût été d'une application plus facile.

On pourrait y ajouter une petite lame de caoutchouc repliée, formant une anse dans laquelle on pourrait faire passer le lacs, lâchement attachée au cordon. Le cordon étant réduit, on insufflerait le sac et on le laisserait distendu jusqu'à ce que la tête, en s'engageant, vînt s'opposer au prolapsus funiculaire.

(*American J. of obstetrics*, octobre 1878.)

A. CORDES.

Le Dr Meriwether Lavis, de Lenoir, rapporte un cas intéressant de **dystocie causée par un déplacement rare du bras.** L'enfant s'était présenté par le sommet, la tête étant sortie, les épaules ne sortaient pas, malgré quatre douleurs successives. Soupçonnant quelque complication, Meriwether introduisit profondément un doigt et trouva l'avant-bras gauche du fœtus appuyé en croix sur la nuque et solidement fixé entre le cou et la symphyse. Meriwether repoussa l'épaule en haut et en arrière, et réussit avec difficulté à faire passer la main du fœtus sur le côté de la face. Le reste de l'accouchement se fit avec peine. La mère et l'enfant se portent bien.

(*American J. of obstetrics*, octobre 1878.)

A. CORDES.

Opération d'ovariotomie suivie d'un tétanos mortel, par le docteur Théophile PARVIN, d'Indianapolis (*American gynecological transactions*, 1878). — Le tétanos est généralement considéré comme une complication extrêmement rare de l'ovariotomie. Baker Brown (1) ne le signale même pas parmi les dangers que l'on doit redouter à la suite de cette opération. Peaslee (2) lui consacre seulement quelques

---

(1) *On ovarian dropsy.* Londres, 1868.

(2) *Ovarian Tumours.* New-York, 1872.

lignes; Gallez (1) en parle comme un accident rare dont quelques cas seulement ont été observés dans la pratique de Nélaton, Spencer Wells, Stilling, Boinet, Murray, Humphry, Péan, Clay et Negroni.

D'un autre côté, un praticien allemand, Hégar (2), s'exprime ainsi : « Le tétanos a été fréquemment observé après l'ovariotomie, que le pédicule ait été traité par le clamp ou par la ligature, ce qui s'explique par la forte compression exercée sur les nerfs du pédicule. »

Cette contradiction des auteurs donne un intérêt particulier à l'observation publiée par le Dr Parvin, et dont nous donnons un court résumé :

La malade âgée de 36 ans, mère de huit enfants, est examinée par le Dr Parvin, en septembre 1876. Elle est atteinte d'une tumeur kystique de l'ovaire, qui a été constatée déjà il y a environ cinq ans. Pendant cette période, elle a eu trois grossesses normales, son dernier enfant étant né en mars 1876.

La tumeur, qui était très-volumineuse, fut ponctionnée au mois de mars 1877; mais le liquide se reproduisit rapidement. L'ovariotomie fut décidée et pratiquée le 5 avril.

L'opération ne présenta aucune particularité notable, si ce n'est que l'anesthésie fut très-longue et très-difficile à obtenir. Le pédicule, qui était long et mince, fut traité par le clamp. La tumeur et son contenu pesaient environ 40 livres.

Le soir de l'opération, la malade était dans une situation satisfaisante et, pendant les quatre jours qui suivirent, son état était des plus encourageants. Le quatrième jour, la température était normale, le pouls atteignait 96°, l'appétit suffisant. Deux des sutures de la plaie abdominale furent enlevées; les lèvres étaient à peu près réunies, sauf en un point où le pédicule se trouvait interposé. La guérison semblait extrêmement probable.

La nuit du cinquième jour, la malade se plaignit de la chaleur de la pièce et désira qu'on éteignît le feu. Le lendemain, le pouls était à 100, la peau froide; on observait déjà une certaine rigidité des muscles de la mâchoire. A 3 heures, le même jour, il y eut un tris-

(1) *Histoire des kystes de l'ovaire*. Bruxelles, 1873.
(2) *Operative Gynækologie*. Fribourg, 1874.

mus très-prononcé qui fut suivi de convulsions tétaniques qui se prolongèrent jusqu'à la mort, qui survint à 7 heures.

On avait employé, contre ces rapides accidents, l'opium, la morphine en injections hypodermiques, le chloral et le chloroforme.

La rareté des cas de tétanos consécutifs à l'ovariotomie a donné à M. Parvin l'idée de recueillir tous les faits de ce genre qui ont été observés jusqu'à ce jour; c'est ainsi qu'il a pu dresser le tableau suivant qui est des plus instructifs.

NOM DE L'OPÉRATEUR.	Age de la malade.	NATURE DE LA TUMEUR.	OBSERVATIONS.	DATE DE L'APPARITION DU TÉTANOS.	RÉSULTAT.
				apr. l'opér.	
Murray Humphy.	27	Multiloculaire.	3 ligatures placées sur le pédicule.		Mort le 12ᵉ j.
Spencer Wells...	41	Id.	Clamp.	15 jours.	Guéris.
Id.	38	Id.	Pédic. court applic. diff. du clamp.	8 jours.	Mort.
Id.	30	Uniloculaire.	Clamp.	12 jours.	Mort.
Nélaton.........	»	»	Clamp.	16 jours.	Mort.
Kaltenbach......	35	Uniloculaire.	Clamp.	7 jours.	Mort.
Id.	38	Multiloculaire.	Clamp et ligature.	9 jours.	Mort.
Stilling.........	45	Uniloculaire.	Clamp.	12 jours.	Mort.
Gilman Kimball..	35	Multiloculaire.	»	20 jours.	Mort.
Boinet..........	30	Multiloculaire, adhérences.	Clamp et ligature.	4 jours.	Mort.
E.-H. Gregory...	26	Multiloculaire, adhérences nombreuses.	Ligature.	5 jours.	Mort.
T. Parvin.......	36	Multiloculaire, adhérences.	Ligature et clamp.	5 jours.	Mort.
Gilman Kimball..	47	Multiloculaire, adhérences avec le côlon.	Clamp.	3 jours.	Mort.

Dans l'*American Journ. of Obst.* d'octobre 1878, le Dʳ Morse publie un article intitulé: **Les rapports de la ménichèse avec les rétrécissements**

pelviens. Pour lui, il est souvent dangereux d'essayer, plus périlleux de réussir, à ramener la menstruation chez une jeune fille qui a dépassé de beaucoup, sans être réglée, l'époque à laquelle les règles auraient dû s'établir, et qui est *ménischésique* (μήν, mois, règles, ἴσχειν, retenir).

« La nature, dit-il, a décidé que certaines femmes ne pourraient « être mères, et nous voyons l'homme combattre la nature en ame- « nant la menstruation... Vanderpod dit qu'*aucun remède* ne peut « guérir l'aménorrhée. Cependant, en joignant l'hygiène à la théra- « peutique, nous faisons apparaître les règles. Aux yeux du vulgaire, « nous avons fait un miracle : la stérile est devenue capable de con- « cevoir. Elle se marie; remarquez le résultat : elle devient enceinte, « mais l'accouchement, s'il survient à temps, est difficile; plus sou- « vent elle court le danger d'avorter. Nous avons radicalement guéri « l'aménorrhée, mais nous avons fait une femme artificielle. Elle pa- « raît capable d'enfanter, mais en réalité elle ne la peut pas. C'est « en vain que l'homme travaille contre le vœu précis de la nature. « *Une femme qui n'est menstruée qu'après vingt ans n'a pas en général* « *un travail naturel.* »

Cela tient, suivant nous, à ce que le bassin ne prend son caractère féminin que dans un an ou dix-huit mois après l'établissement des règles. Si la menstruation ne paraît que tardivement, les os pelviens ne peuvent subir leur évolution normale, et la femme ne peut accoucher normalement; car le bassin est resté masculin, pour ainsi dire, il est rétréci, ses articulations sont ankylosées. Si donc, après dix-sept ans, nous avons à établir la menstruation, les os sont soudés, le bassin ne peut plus se développer, il est déformé au point de vue de l'accouchement; sa forme est normale, mais il est trop étroit.

Pour appuyer sa théorie, Morse cite le cas d'une jeune fille qui n'avait pas été réglée jusqu'à l'âge de 19 ans. On lui fit prendre de la sabine et du fer, et dès l'âge de 20 ans elle fut régulièrement menstruée; six mois après, elle se maria. Huit mois plus tard, une chute lui fit faire une fausse couche de sept mois. Deux ans encore après elle devint enceinte; elle vint à terme; l'accoucheur fut obligé de faire l'embryotomie. Sept ans plus tard elle accouchait; un accoucheur très-distingué pratiqua la céphalotripsie; la femme mourut pendant l'opération. Son bassin ressemblait à un bassin mâle; il n'avait aucune déformation pathologique ; il était ankylosé. Voici les dimensions :

		c.
Excavation. Diamètre.	A. P.	8,125
— —	Transv.	8,125
Détroit supérieur . . .	A. P.	9.375
— —	Transv	8,42
Hauteur de la symphyse.		3,125

« Dans ces cas, dit Morse en terminant, il faut expliquer les choses « à la mère ou aux amies de la jeune fille, et leur indiquer la nature « dangereuse du succès que nous pourrions obtenir. »

A. Cordes.

La théorie cyclique de la menstruation. — Pour Goodman, dans un article publié par *Ann. Journ. of Obstetrics*, 1878, p. 673, l'écoulement sanguin menstruel peut être regardé comme le dernier acte d'une série de phénomènes qui se passent chaque mois chez la femme à l'état de santé. Les capillaires de la surface interne de l'utérus se rompent et laissent échapper du sang non altéré. Pour lui, « la congestion utérine menstruelle est le principal agent, si ce n'est la seule cause de l'hémorrhagie cataméniale. » Il accepte la théorie d'Engelmann (1), qui veut que la dégénérescence graisseuse périodique de la muqueuse se borne aux couches superficielles, contrairement à l'idée de J. Williams (2), qui croit que toute l'épaisseur de la muqueuse se désagrége et se desquame. Mais cette dégénérescence ne serait pas nécessaire, comme le prouvent les cas de menstruation déviée dans lesquels les capillaires sains se rompent et laissent échapper du sang.

D'après la théorie ovulaire de la menstruation, ce serait l'approche de la maturité d'un follicule qui causerait l'éruption sanguine que les organes pelviens subissent à l'époque menstruelle. S'il en était ainsi, cet afflux serait rapide et se dissiperait promptement, aussitôt que la rupture du follicule, cause de la congestion, ferait cesser l'irritation. Nous savons, au contraire, que le processus menstruel est lent dans son ascension et dans sa descente. Chacun de nous a pu voir le mucus sanguinolent sourdre du col vingt-quatre ou même quarante-huit heures avant que l'écoulement parût au dehors. Nous pouvons

(1) V. *Ann. de Gynéc.*, 1876, t. II, p. 366, un résumé de cette théorie.

(2) Ibid., p. 364.

en conclure que les modifications menstruelles de l'utérus sont longues dans leur évolution, si longues que, d'après Engelmann, il est rare de « trouver une muqueuse utérine à l'état de repos complet. » Le parenchyme utérin participe lui-même à cet état congestif; le poids de l'organe entier est augmenté, et, si l'utérus est fléchi, sa flexion diminue au moment de la fluxion cataméniale; il reprend même quelquefois à ce moment sa direction normale. Goodman est plutôt disposé à voir dans cet afflux sanguin la « congestion artérielle » admise par Schröder, ou la *congestion active* de quelques auteurs. Il a pris la température chez 18 femmes à différents moments, et les résultats qu'il a obtenus sont trop peu concordants pour qu'on en puisse tirer des conclusions précises. La chaleur des organes génitaux était au moment des règles tantôt plus élevée que dans l'intervalle des époques, tantôt plus basse, sans que l'auteur pût s'expliquer pourquoi. Chez d'autres sujets, la chaleur était normale pendant les règles. Dans le tableau que donne Goodmann, des observations prises sur une vierge de 20 ans, de constitution délicate, qu'il a examinée vingt fois, entre le 3 octobre et le 20 décembre, la température vaginale était toujours plus élevée que la température utérine, et en moyenne de 0,059 cent. plus élevée que la température axillaire. L'écart le plus considérable, qui est de 0,69 centigr., s'est présenté le 30 octobre, surlendemain de la fin des règles, alors que le pouls battait 86; il n'était que de 0,04 le 11 décembre, quand le pouls donnait 92 pulsations à la minute. Goodman ne croit donc pas que les phénomènes menstruels puissent être attribués à une hyperémie active.

« La seule forme de congestion, dit-il, à laquelle on puisse les « rapporter est un obstacle à la circulation veineuse. Nous aurons « donc à nous atttendre à un développement hypertrophique et « hyperplastique d'un bas degré qui nous rend compte de l'augmen- « tation de quelques veines et du parenchyme des organes de la force « avec laquelle le sang se répand dans la cavité utérine lorsque le « col est oblitéré et qu'il existe des déchirures des trompes et des « ovaires. »

Après une comparaison de la congestion utérine menstruelle avec l'érection du pénis et des autres organes érectiles, Goodman pose les conclusions suivantes :

« 1° La menstruation est le résultat d'une condition générale du « système vasculaire dont la manifestation se localise ordinairement « dans les organes génitaux, parce qu'ils sont spécialement con-

« struits, anatomiquement et histologiquement, pour en être le lieu « d'apparition.

« 2° Le trouble général du système vasculaire est de nature à éle- « ver la pression sanguine dans tout l'organisme, et il est produit « par une contraction des tuniques musculaires des artères et des « veines.

« 3° Il est infiniment probable que, lorsque la tension vasculaire « atteint son apogée, certaines fibres musculaires entrent en action, « dont la situation et la seule fonction possible soient de servir de con- « génères aux muscles vaso-moteurs, et qui augmentent avec l'inten- « sité des phénomènes locaux. »

Goodman voit dans cette théorie une explication aisée de la périodicité menstruelle. Chaque muscle a son rhythme individuel; si le cœur se contracte 70 fois par minute, les muscles vaso-moteurs dont l'action est plus lente ont une action plus prolongée et une période de repos de plus longue durée.

Pour l'auteur, la cause première de ces modifications périodiques réside dans le système nerveux, qui est si profondément modifié dans les deux sexes au moment de la puberté. Il n'admet pas, avec quelques physiologistes, que la fibre musculaire puisse changer d'état sans qu'elle soit impressionnée et commandée par l'influx nerveux parti du centre ou des ganglions situés dans son voisinage. C'est ainsi que le cœur de l'alligator se contracte encore quatre heures après qu'on l'a extrait de la poitrine; ces mouvements sont entretenus par les ganglions qu'on voit entre ses fibres.

Goodman, après l'exposé de cette intéressante théorie, nous fait espérer qu'il nous en indiquera plus tard les conséquences chirurgicales, physiologiques et thérapeutiques. Il se borne pour le moment à nous recommander d'éviter toute opération pendant la période d'augment du cycle menstruel, c'est-à-dire pendant les sept ou huit jours qui précèdent les règles.

A. Cordes.

VARIÉTÉS

Grossesse cinq mois après la ménopause; emploi de la sonde utérine et de l'ergotine sans accidents pour le fœtus; extraction d'un enfant vivant de l'utérus une heure après la mort de la mère. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (février 1879), extrait du *Cincinnati Lancet and Clinic* la curieuse histoire suivante. Une femme de quarante-sept ans était mère de six enfants, dont le plus jeune avait cinq ans. Le 27 mai dernier, elle se plaignit au docteur Cleveland d'une tumeur dans le ventre grossissant sans la faire souffrir. Elle ne croyait en aucune façon être enceinte. Elle avait cessé d'être réglée depuis six mois, elle n'avait éprouvé aucun des symptômes qui lui étaient habituels pendant ses grossesses précédentes. Du reste, la tumeur du bas-ventre ne répondait pas à l'idée d'une grossesse de six mois, elle était à peine plus grosse que le poing. Le médecin pensa devoir conclure à la présence d'un fibrome et introduisit un hystéromètre. Il pénétra a environ douze centimètres sans donner lieu à un écoulement sanguin ; il n'y eut ni douleur ni malaise. M. Cleveland se sentit confirmé pas cet examen et administra 15 gouttes d'ergotine trois fois par jour. Ce remède fut pris huit semaines durant, sans aucun effet. Il perdit la malade de vue. Le 20 août elle se représenta, disant que la tumeur avait beaucoup augmenté de volume ; ce qui était exact. Une auscultation minutieuse fit entendre les bruits du cœur du fœtus.

Il était intéressant de fait de constater cette grossesse survenue après la cessation des règles, et qui avait résisté à l'introduction complète de l'hytéromètre et à huit semaines d'ergotine à deux grammes chaque jour. La suite devait être plus curieuse.

Le 27 novembre, M. Cleveland fut demandé chez cette femme, qu'il trouva assise sur son lit, avec le regard égaré. Elle venait de reprendre connaissance après une attaque convulsive ; sa langue saignait. Elle ne se plaignait pas de dolueurs, mais de fatigue. Il n'y avait pas de travail. Elle avait déjà eu de semblables accès deux semaines auparavant. Elle avait eu du reste des accès convulsifs dans une grossesse antérieure dix ans auparavant. M. Cleveland la quitta pour revenir deux heures après, et à son retour la trouva morte. Constatant qu'il entendait les bruits du cœur du fœtus, il pro-

posa l'opération césarienne ; le mari refusa. M. Cleveland le quitta pour aller chercher sa trousse, revint un quart d'heure après ; le mari fut long à se laisser persuader. Les bruits du cœur s'entendaient faiblement. Il se passa plus de trois quarts d'heure pour tous ces retards, certainement une heure avant que l'enfant fût extrait. Il était asphyxié, mais il put être ranimé. C'était une fille à peu près à terme ; sept mois après l'opération, elle était encore bien vivante.

La cause de la mort était attribuable à des convulsions d'origine urémique.

La longueur du temps écoulé entre la mort de la mère et l'extraction de l'enfant est digne de remarque. Schrœder avance que lorsque dix minutes se sont écoulées après la mort de la mère, il est exceptionnel que l'enfant soit encore vivant. Cependant, il y a des cas authentiques dans lesquels des heures s'étaient écoulées ; et dans celui-ci, M. Cleveland est certain, pour avoir constaté le décès, qu'il ne s'agissait pas d'une mort apparente. La mort pouvait remonter plus loin ; mais il y avait certainement une heure écoulée jusqu'à l'extraction de l'enfant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

De la rotation naturelle et artificielle des présentations de la face, le menton en arrière, par FOCHIER (*Lyon médical*, 15 octobre 1876).

De la quinine comme oxytocique, par RESTINI (*Virginia medical Monthtly*, mars 1877, p. 855).

Traitement de la métrite chronique par la dilatation et les injections intra-parenchymateuses, par BENNET (*Edinburg med. Journal*, nov. 1878, analyse in *France médicale*, 20 nov. 1878).

Nouvelle méthode pour traiter l'hémorrhagie qui accompagne l'avortement, par BŒTERS (analyse in *Dublin Journal*, octobre 1878, p. 321).

De la pilocarpine comme oxytoxique, par MASMANN (analyse in *Dublin Journal*, octobre 1878, p. 321).

Sur les curettes et le curage de l'utérus, par le Dr KEILLER (*Edinburgh med. Journ.*, octobre 1878, p. 323).

Mémoire sur les fibroïdes utérins, par G. Thomas (*New-York med. Record*, 2 nov. 1878, p. 343).

Diagnostic des tumeurs malignes de l'ovaire et de la péritonite maligne, par James FOULIS (*British med. Journ.*, 2 nov. 1878, p. 658).

Remarques sur l'ovariotomie, par VON NUSSBAUNN (*Britisch med. Journ.*, 26 oct. 1878, p. 26).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

The indications for hystero-trachelorrhaphy or the operation for laceration of the cervix-uteri, par MUNDÉ (travail extrait de l'*American Journ. of obst.*, janvier, 1879.

De la médication phosphorée contre la phthisie pulmonaire, la bronchite chronique et autres affections de poitrine, par le Dr REINVILLIER.

Note sur deux cas de tumeurs de la mamelle, par le Dr Gustave RICHELOT, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Strictures of the cervical canal, by EKLUND (de Stockholm). Traduction du suédois par le Dr Sibley CAMPBELL, publiée dans *Atlanta medical and surgical Journal* du 5 août 1878.

Lettre sur la cause du souffle utéro-placentaire, adressée par le professeur VERARDINI. Traduction de l'italien par le Dr VANDEN BOSCH. Liége, 1879.

Du traitement des fièvres intermittentes telluriques par la quinoïdine, par le Dr Edouard BURDEL (de Vierzon). — Masson, éditeur. Paris, 1879.

Mémoire sur un fœtus dérencéphale, par le Dr EUSTACHE. — J.-B. Baillière, et fils, éditeurs. Paris, 1879.

De l'absorption des médicaments par le placenta et de l'élimination par l'urine des enfants nouveau-nés, par le Dr PORAK. — Masson, éditeur. Paris, 1878.

Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical, par le Dr PORAK. — Germer Baillière, éditeur. Paris, 1878.

A case of acute puerperal inversion of the uterus, par le Dr John BYRNE. Extrait du *New York medical Journal*, octobre et décembre 1878.

Laceration of the cervix uteri, by GOODELL. Philadelphie, 1878.

Considérations sur l'amputation du col de l'utérus et description d'un mode particulier de pratiquer cette opération, par le Dr A. REICHARDT. In-8 de 78 pages. — Prix : 2 fr. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. Paris.

Manuel pratique de Gynécologie, par DE SINÉTY (1re partie, avec 100 figures dans le texte). — Doin, éditeur. Paris, 1879.

Erratum. — Deux erreurs typographiques se sont glissées dans le travail du Dr A. Ribemont paru au mois de février. Page 111, 2e ligne, lire *moins*, au lieu de *même plus* ; et page 117, 5e alinéa, lire 70 gr. au lieu de 30 gr.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU VAGINISME

Par T. Gallard,
Médecin de l'hôpital de la Pitié (1).

Messieurs,

Parmi les conditions nombreuses et variées qui peuvent rendre la femme incapable de participer à l'acte de la reproduction, il en est plusieurs qui n'agissent pas autrement qu'en apportant un obstacle plus ou moins insurmontable à l'accomplissement régulier du coït. — Il en est ainsi de certains vices de conformation, dont je vous ai déjà parlé et dans lesquels l'imperforation ou l'étroitesse excesssive des voies génitales

(1) Nous extrayons cet article des *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, par T. Gallard, dont la seconde édition est actuellement en cours de publication à la librairie J.-B. Baillière et fils.

rend la copulation matériellement impossible. Le même effet peut être la conséquence d'oblitérations ou de rétrécissements morbides, permanents ou transitoires. Ces états pathologiques qu'il appartient à la chirurgie de prévenir, ou de faire disparaître quand une fois ils sont constitués, sont importants à connaître et doivent être étudiés avec soin, mais ce n'est pas sur eux que je veux attirer votre attention en ce moment.

A côté de ces cas dans lesquels l'obstacle à la copulation résulte d'une lésion matérielle, parfaitement tangible et appréciable à nos sens, il en est d'autres où, les voies génitales étant parfaitement libres, le rapprochement sexuel se trouve empêché par les douleurs qu'il provoque.

Ces douleurs ont pour caractère essentiel, outre leur excessive acuité, de solliciter des contractions spasmodiques dont l'effet est de déterminer de la part de la femme une résistance invincible, que sa volonté même est le plus souvent impuissante à maîtriser.

A cet état particulier M. Marion Sims a donné le nom de *vaginisme*, sous lequel il est généralement étudié et décrit par tous les auteurs contemporains. Il faut bien vous garder de le confondre avec ce que M. Barnes appelle la *dyspareunie;* cette dernière dénomination, s'appliquant à tous les cas où un obstacle quelconque est apporté à l'accomplissement de l'acte du coït, désigne en quelque sorte le genre dont le *vaginisme* n'est qu'une espèce ou variété.

Je vous engage du reste, Messieurs, à ne pas trop vous laisser influencer par ces dénominations nouvelles, qui ont un double tort à mes yeux, d'abord de vous faire croire qu'il s'agit d'une affection inconnue jusqu'à nous et dont la découverte doit être attribuée à celui qui l'a ainsi baptisée, puis de vous porter à penser qu'il s'agit d'une maladie bien nettement définie, d'une entité pathologique parfaitement distincte, car il est loin d'en être ainsi.

L'affection n'est pas nouvelle et, sans remonter plus loin, nous la trouvons décrite en France dès 1834 par Huguier qui lui a donné le nom de *contracture spasmodique du sphincter du*

vagin; puis par la plupart des auteurs qui depuis cette époque se sont occupés des maladies des femmes : Dupuytren, Lisfranc, Tanchou, Vidal (de Cassis), Hervez de Chégoin, etc.

A une époque plus rapprochée de nous et avant même que les faits de M. Marion Sims aient été connus, Michon et Debout avaient attiré l'attention du public médical sur cette singulière affection en publiant, dans le courant du mois d'août de l'année 1861, une série d'observations qui prouvaient avec quel soin attentif chacun d'eux l'avait déjà étudiée. Ces observations ne passèrent pas inaperçues et j'eus même l'occasion d'attirer tout spécialement l'attention sur elles dans un article qui parut le 26 novembre de la même année.

Ces dates sont importantes à relever, car les faits de M. Marion Sims, quoique remontant à 1857, n'ont été, ainsi qu'il le dit lui-même, communiqués par lui à la Société obstétricale de Londres qu'au mois de décembre 1861 et publiés seulement en 1862. — Tout au plus pourrait-on en faire remonter la première divulgation à la date du 6 novembre 1862, jour où M. Tyler Smith en parla pour la première fois à la même Société, et cela ne suffirait pas pour lui donner la priorité sur les auteurs français qui, depuis Huguier jusqu'à Michon et Debout, avaient, comme vous venez de le voir, étudié cette affection avec autant de soin que lui.

D'ailleurs les praticiens anglais s'en étaient occupés en même temps que le chirurgien américain, et s'il fallait établir entre eux une revendication de priorité, on trouverait certainement dans les œuvres de Simpson et de Fleetwood Churchill des passages qui permettraient de réclamer en leur faveur.

D'où il résulte que le seul mérite qui puisse être attribué à M. Sims est celui d'avoir trouvé un nom qui ait été accepté par tout le monde. Est-ce là un bien grand mérite? Je vous demande la permission de le contester et voici pourquoi ; c'est que ce nom, qui d'abord avait le défaut de faire croire à une nouvauté a celui bien plus grave encore de préjuger une doctrine, à laquelle il me paraît impossible de se rallier. C'est celle de l'essentialité de l'état morbide auquel on l'a appliqué. Cette doctrine

a été combattue par bien des auteurs et je crois être en mesure de vous démontrer qu'elle ne supporte pas l'examen.

Qu'est-ce donc que cet état si bizarre? un symptôme et pas autre chose. Symptôme de maladies diverses qu'il faut savoir bien analyser pour les reconnaître et qu'il est toujours possible de retrouver, quand on a soin de soumettre à une critique rigoureuse chacun des faits dans lesquels il est observé.

Pour vous le prouver, je vais étudier à ce point de vue quelques-uns de ceux qui se sont passés sous vos yeux et vous pourrez ensuite les comparer avec les autres observations publiées par les divers auteurs — ils sont maintenant assez nombreux — qui se sont occupés de cet intéressant sujet.

Nous avons eu, au n° 29 de notre salle du Rosaire, une jeune fille de 20 ans environ qui peut nous servir en quelque sorte de type pour cette étude. C'est une émailleuse, assez intelligente pour avoir pu s'observer convenablement en analysant très-bien toutes ses sensations; assez confiante en nos soins pour nous raconter sans trop de réticences tout ce qu'elle a éprouvé, en nous laissant deviner ce qu'elle n'ose pas dire et ce sur quoi l'intérêt direct de sa santé ne nous oblige pas à exiger d'elle de renseignements très-catégoriques et très-précis.

Elle a eu, dit-elle, le carreau alors qu'elle était toute jeune, et, depuis l'âge de 20 ans, elle a de la leucorrhée habituelle. Cette leucorrhée est devenue plus abondante depuis l'âge de 14 ans, sollicitée très-probablement par des habitudes de masturbation qui surexcitaient encore un état nerveux allant jusqu'à l'hystérie.

Il y a deux ans, et avant même d'être réglée, que, cédant à l'ardeur de ses sens, cette jeune fille s'abandonna aux caresses d'un homme.

La première tentative de coït fut extrêmement douloureuse; c'était dans l'ordre naturel des choses et en quelque sorte prévu, aussi n'y fit-on pas trop attention. Mais il en fut de même de la suivante, puis de la troisième, de la quatrième, et ainsi de suite pendant huit jours, durant lesquels l'intromission finit par être assez complète, sans que la patiente, malgré l'ex-

cessive bonne volonté avec laquelle elle s'y prêtait, pût éprouver aucune autre sensation qui vînt tempérer ou faire oublier cette vive et atroce douleur.

Le *désappointement de la nature*, suivant la spirituelle expression de Barnes, fut donc aussi complet que possible, et, comme aucun lien légal n'obligeait cette jeune fille à se soumettre indéfiniment à de semblables tortures, elle se résolut à vivre dans la continence.

Cette continence aurait duré huit mois au bout desquels de nouvelles tentatives n'auraient pas été plus heureuses que les premières; alors serait survenu un écoulement sanguin par l'anus, avec apparition d'hémorrhoïdes, précédant de peu de jours la première éruption du flux menstruel.

La rareté des hémorrhoïdes à cet âge, l'état de dilatation insolite dans lequel j'ai trouvé l'anus sont des raisons qui me portent à penser que, sa continence lui pesant, elle a bien pu essayer de prendre un chemin détourné pour arriver au but de ses désirs, auquel elle ne pouvait atteindre par la voie naturelle. Mais c'est un point que je n'ai pas cherché à éclaircir, car ce n'est ni de son anus et de son rectum que j'avais à m'occuper, mais bien de sa vulve et de son vagin.

Voici l'état dans lequel j'ai trouvé les organes génitaux : la vulve et le vagin sont rouges et baignés par un écoulement muco-purulent. La rougeur de la vulve occupe surtout la face interne des petites lèvres et l'entrée du vestibule. — Les débris de la membrane hymen, qui forment quatre tubercules myrtiformes, sont particulièrement rouges et douloureux au toucher; le doigt ne pénètre qu'avec la plus grande difficulté en développant une très-grande douleur, il est assez fortement serré par la contraction musculaire du constricteur, qui s'accompagne d'une contraction semblable et synergique du constricteur de l'anus, et lorsqu'on retire le doigt du vagin, il en sort une quantité notable de matière puriforme. Un premier point ressort de cette partie de notre examen clinique, c'est qu'il y a bien réellement contraction des muscles de l'entrée du vagin, et que si cette contraction n'est pas suffisante pour opposer un obstacle

invincible à l'introduction dans ce conduit d'un corps rigide et peu volumineux comme le doigt, elle est au moins capable d'empêcher la libre sortie des liquides contenus dans le vagin.

De plus cette contraction du muscle vulvaire coïncide avec une contracture synergique du muscle de l'anus, qui a été signalée par presque tous les observateurs et dont la disposition anatomique des fibres musculaires rend parfaitement compte. Cette synergie d'action nous explique comment la contraction douloureuse des deux muscles peut se produire sous la même influence pathologique et comment l'une et l'autre peuvent réciproquement se compliquer; si bien que la contracture du faisceau anal puisse se développer comme accident secondaire sous l'influence d'une lésion qui a donné primitivement naissance à une contracture du faisceau vulvaire; de même que ce dernier peut se trouver contracturé, à son tour, sous l'influence d'une lésion dont le premier effet a été de produire une contraction primitive de l'anus.

Or nous savons quelle action une lésion en apparence légère, de la muqueuse de l'extrémité inférieure du tube digestif, *la fissure à l'anus*, peut exercer sur le muscle voisin, en y faisant naître une contraction douloureuse qui peut s'étendre à tous les muscles du périnée et particulièrement à ceux de la vulve et du vagin. Il était donc tout naturel de penser qu'une lésion de même nature existant à la vulve pouvait déterminer un effet semblable, et c'est ce que l'observation est venue confirmer. On a trouvé, en effet, que dans le plus grand nombre des cas de contracture douloureuse de l'entrée du vagin qui s'oppose au coït il y a des lésions plus ou moins importantes de la muqueuse vulvaire. Ces lésions ne sont pas toujours des fissures, comme celles qui se rencontrent à l'anus, mais on en trouve quelquefois au niveau de la fourchette et sur les bords de l'hymen; le plus souvent ce sont de simples inflammations affectant soit les glandes mucipares, soit leurs conduits, en particulier ceux de la glande vulvo-vaginale, soit les débris de la membrane hymen, même quand elle a été complétement déchirée comme cela avait eu lieu chez notre malade. Souvent, et c'est

ce qui existait également chez elle, ces lésions, de nature inflammatoire, ne sont pas limitées à l'entrée du vagin ; elles se prolongent au delà. Ainsi, outre l'inflammation vulvaire que je viens de vous décrire, nous avions ici une inflammation de toute la muqueuse vaginale et principalement de ses culs-de-sac; en même temps qu'un peu de métrite, avec ulcération folliculeuse du col utérin, qui était notablement rouge et augmenté de volume. C'est ce qui donnait lieu à un certain nombre de symptômes accessoires comme la tension de l'abdomen, les douleurs hypogastriques, inguinales et lombaires qui dépendaient exclusivement de la métrite, dont l'existence fut constatée alors seulement par le toucher digital; l'introduction du spéculum ayant été absolument impossible le premier jour. Mais ce qui prouve bien que les lésions inflammatoires, dont il vient d'être question, étaient la seule cause de la douleur qui faisait obstacle à la pénétration d'un corps quelconque dans le vagin, c'est qu'il m'a suffi de dissiper d'abord, puis de faire disparaître tout à fait cette inflammation pour rendre la pénétration de moins en moins pénible, jusqu'à ce qu'elle soit devenue absolument libre et facile. Il en est résulté que les applications du spéculum ont pu être réitérées aussi souvent que les nécessités du traitement l'ont exigé ; et la malade est partie de l'hôpital enchantée de ce résultat, avec l'intention d'en profiter largement pour réparer le temps perdu.

Les maladies des organes situés au-dessus de la vulve ont une action moins directe que celles de l'entrée du vagin sur la production des accidents qui nous occupent. Cependant il est bien certain que les inflammations aiguës de la matrice, des ovaires et de tous les tissus péri-utérins peuvent être le point de départ de sensations douloureuses qui s'exaspèrent pendant le coït, par le contact de l'organe copulateur, au point de donner lieu aux manifestations les plus vives, surtout chez les femmes nerveuses et qui ont eu déjà des symptômes hystériques. Mais ces maladies s'accompagnent le plus habituellement d'autres accidents assez éclatants pour ne pouvoir être méconnus, et l'on sait alors que la douleur qui survient leur appartient en propre.

Passons donc sur ces faits dans lesquels il y a bien *dyspareunie* mais non *vaginisme*.

Les lésions vulvaires sont souvent plus difficiles à reconnaître; si avec un peu d'attention on découvre la rougeur, les fissures de la muqueuse, la tuméfaction des glandes mucipares, le boursouflement de leur conduit, on pourra ne pas toujours apercevoir certains polypes de l'urèthre, extrêmement douloureux au moindre contact, et qui, soumis à une pression insolite, par le fait de la présence d'un corps étranger dans le vagin, peuvent être le point de départ des phénomènes douloureux attribués au vaginisme.

On peut aussi méconnaître cette tuméfaction du tissu cellulaire sous-muqueux de la partie inférieure du vagin, qui persiste si longtemps à la suite de la vaginite et plus particulièrement de la vaginite traumatique, dont je vous ai également parlé. Cette induration inflammatoire, qui ne détermine aucun changement de couleur ni de forme appréciable à la vue, ne peut être constatée que par un toucher fort attentif. Elle donne lieu à une résistance un peu parcheminée, étendue en nappe à la partie postérieure et sur les côtés du vagin, tout près du vestibule; elle se reconnaît surtout, et plus encore même, à la douleur dont elle est le siége qu'à la sensation du contact qu'elle produit sous le doigt explorateur. C'est une cause plus fréquente qu'on ne se l'imagine de la production des douleurs pendant le coït, et il en doit être tenu d'autant plus compte que cette lésion est une des conséquences les plus immédiates du traumatisme produit au moment de la défloration. J'ai donné longtemps des soins à une jeune femme qui ne pouvait supporter sans les plus atroces souffrances les approches de son mari, dont elle était cependant fort éprise. Chez elle la douleur était due uniquement à la pression exercée sur ce tissu cellulaire devenu le siége d'une inflammation chronique tellement rebelle et persistante qu'il ne m'a pas été possible de la faire disparaître complétement; aussi cette malheureuse femme, dont l'état a été cependant fort amélioré, n'a-t-elle pu arriver qu'à tolérer des approches devenues maintenant possibles, mais qui sont tou-

jours assez pénibles pour qu'elle en soit encore à ignorer si elles peuvent causer d'autres sensations que celles de la douleur.

Voilà bien des circonstances dans lesquelles la répulsion de la femme pour le coït se trouve expliquée par la présence de lésions diverses, et par la douleur que sollicite le contact de l'organe copulateur sur les parties malades. Cette douleur est l'élément essentiel, la contracture qui l'accompagne et qui en est la conséquence n'a qu'un caractère tout à fait accessoire. M. Gosselin a démontré avec beaucoup de raison et d'autorité que la contracture des faibles faisceaux musculaires qui entourent la vulve serait absolument insuffisante pour opposer au coït l'obstacle, souvent invincible, qui résulte de l'état auquel on a donné le nom de *vaginisme*. Ce n'est pas que cette contraction n'existe pas ; elle est réelle, incontestable. Je vous l'ai montrée chez notre malade du n° 19 de la salle du Rosaire, chez qui elle était suffisante pour empêcher la sortie de l'écoulement blennorrhagique qui était resté emprisonné dans le vagin. Dans presque tous les cas cette contracture a un caractère véritablement spasmodique; mais si intense qu'elle soit ou qu'on la suppose, la résistance qu'elle peut opposer à un mari vigoureux, serait bien vite vaincue s'il n'y avait pas d'autre obstacle à l'accomplissement de l'acte vénérien. Cet obstacle est apporté par des muscles bien autrement énergiques; ceux de tout le corps. Affolée par la douleur, la femme lutte avec une énergie qu'elle ne peut elle-même dompter; ses cuisses se rapprochent convulsivement, son bassin se dérobe, ses bras se crispent et se projettent en avant pour repousser celui qui cherche à l'approcher et qui ne pourrait y parvenir sans user d'une force supérieure à la résistance qui lui est opposée, si bien que le coït, pratiqué dans de telles conditions, deviendrait un véritable viol, devant lequel on comprend que le mari recule.

Au milieu de ce trouble général de tout le système musculaire l'influence des constricteurs spéciaux du vagin est si minime qu'il n'y a pas grand intérêt à rechercher quel est celui qui joue le rôle principal ou du constricteur de la vulve, ou de celui que M. Revillout a décrit à la partie supérieure du vagin.

S'il n'y avait pas d'autres résistances à vaincre que celles qui peuvent être opposées par la contraction spasmodique de ces quelques faisceaux musculaires, le vaginisme n'existerait pas, ou du moins il ne tarderait pas à disparaître sous l'influence de la répétition de l'acte copulateur, à l'accomplissement duquel cette contraction ne serait pas capable d'opposer un obstacle suffisant.

La résistance vient donc, non de la contraction des muscles de la vulve et du vagin, mais seulement, uniquement, de la douleur qui sollicite non pas seulement la contraction spasmodique de ces muscles, insignifiants comme force de résistance, mais aussi celle de tous les muscles du corps. Cette douleur est réveillée par le contact du membre viril avec les parties enflammées; je vous l'ai montrée chez notre malade du n° 19, je pourrais vous la faire constater de même chez toutes celles que nous avons eu occasion d'observer.

Nous avons eu au n° 9 de la même salle une blanchisseuse de 18 ans, qui avait été réglée à 10 ans et qui était profondément chlorotique, en même temps qu'un peu hystérique. — Elle avait des rapports sexuels depuis quatorze mois et elle nous racontait qu'ils avaient été toujours extrêmement douloureux et que souvent la douleur avait été assez vive pour l'obliger à se dérober à des caresses qu'elle avait cependant recherchées. — Lorsque cette douleur, qui ne se produisait qu'au moment de l'intromission, pouvait être vaincue, les sensations voluptueuses qui survenaient ensuite la faisaient oublier et l'acte s'accomplissait dans des conditions satisfaisantes. — Nous trouvâmes au niveau de la fourchette une rougeur diffuse avec une toute petite éraillure de la muqueuse, formant une fissure longitudinale. — Quelques cautérisations avec le crayon d'azotate d'argent suffirent pour faire disparaître cette petite lésion et depuis il n'y a plus eu de contractions douloureuses au moment du coït.

Vous avez vu à ma consultation du jeudi une femme de 24 ans, qui est mariée depuis deux ans; elle nous a raconté que sa lune de miel a débuté par une semaine tout entière

d'essais infructueusement tentés par son mari, qui n'est parvenu qu'au bout de huit jours à pratiquer un coït complet. Chacune de ces tentatives lui avait causé de vives douleurs et provoqué de sa part la résistance qui avait rendu la défloration si tardive. Depuis, les rapprochements ont toujours été si difficiles et si douloureux qu'ils sont devenus d'une rareté désespérante pour les deux jeunes époux. Il n'y en a eu qu'un seul durant le mois dernier et encore n'a-t-il été effectué qu'après une véritable lutte et au prix de souffrances insupportables pour la femme. L'examen de ses parties génitales nous montra qu'elle avait une vulve bien conformée, quoique très-étroite, mais sa muqueuse était le siége d'une rougeur vive qui affectait surtout les petites lèvres, en même temps que la fourchette et l'entrée du vagin dont les caroncules myrtiformes étaient saillants et un peu épaissis, sans être cependant le siége d'aucune ulcération. Ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'est une multitude de petites saillies ayant environ le volume d'une graine de mil ou d'une toute petite tête d'épingle, disséminées sur toute l'étendue des petites lèvres et affectant aussi bien leur face externe que leur face interne; elles donnaient à la muqueuse, recouvrant les nymphes, un aspect chagriné, sensible même sous le doigt. — Ces petites saillies n'étaient constituées par autre chose que par des glandes mucipares tuméfiées. — Il y avait donc une véritable inflammation de toute la vulve et principalement des follicules muqueux; c'est la présence de cette inflammation qui rendait le coït douloureux et par suite presque impossible, en raison de la résistance convulsive qu'il provoquait de la part de la femme, au moment où elle sentait sur ces parties le contact du membre viril.

Chez une autre femme qui venait également à notre consultation, une inflammation d'une autre nature, occupant la même région, a produit le même résultat et dans des conditions d'autant plus intéressantes pour nous que le coït, pratiqué régulièrement et facilement auparavant, n'est devenu impossible et douloureux qu'à dater du moment où l'inflammation s'est produite. Cette femme, qui est aujourd'hui âgée de 28 ans, s'est

mariée à 21 ans. Pendant les quatre premières années tout s'est parfaitement bien passé, mais, depuis 15 ou 18 mois environ, il est survenu, non pas brusquement ou tout à coup, mais graduellement un changement fâcheux. Le coït, qui jusque-là avait été facile, est devenu peu à peu pénible et douloureux à ce point que maintenant il inspire une véritable répulsion. Il est vrai qu'en même temps notre malade a commencé à éprouver de la cuison et de la douleur en urinant et qu'elle a été prise d'un écoulement jaunâtre assez abondant. Elle était, en effet, atteinte d'une véritable vaginite, avec ulcération du col et inflammation intense de la vulve. — Les nymphes, particulièrement rouges et gonflées, étaient le siége de nombreuses petites ulcérations folliculaires ; la rougeur et le gonflement inflammatoire s'étendaient jusqu'au méat urinaire et aux orifices des glandes vulvo-vaginales. La première fois que nous eûmes à examiner cette femme, la douleur causée par l'inflammation était telle que l'introduction du spéculum fut absolument impossible. — Quelques cautérisations avec l'azotate d'argent ont suffi pour amener une prompte amélioration, bientôt suivie d'une guérison complète, aussi bien de la vaginite que de l'inflammation vulvaire, et depuis lors les fonctions génitales, qui avaient été si profondément troublées, s'accomplissent de la façon la plus régulière et la plus facile.

On pourrait multiplier presque à l'infini les exemples analogues aux précédents, pour démontrer, d'une part, que l'état pathologique décrit sous le nom de *vaginisme* est bien réellement sous la dépendance d'un assez grand nombre de maladies diverses du système génital et plus particulièrement de la vulve ou de l'extrémité inférieure du vagin ; d'autre part, que la *douleur* est bien l'élément essentiel de cet état pathologique, et que la contraction n'est qu'un phénomène accessoire, secondaire, ne se developpant jamais spontanément et sans l'explosion préalable d'une sensation douloureuse, résultant elle-même d'un contact exercé sur les parties malades.

Ce premier point établi, il ne peut pas y avoir le moindre doute sur la nature du *vaginisme* observé chez les femmes at-

teintes de l'une ou de l'autre des nombreuses lésions vulvaires que je viens de signaler à votre attention. Mais en est-il de même lorsque l'examen le plus attentif et le plus compétent ne permet de découvrir l'existence ni de l'une ni de l'autre de ces altérations ; lorsque la muqueuse vulvaire parfaitement saine ne présente ni la même rougeur ni la plus petite érosion; lorsqu'il n'y a pas la moindre fissure à l'anus; lorsque tout le système génital est, en apparence du moins, dans le plus parfait état d'intégrité.

Je n'ai pas le moins du monde l'intention, croyez-le bien, Messieurs, de révoquer en doute l'existence de ces faits, qui, je dois bien vous le dire, ne sont pas nombreux, mais qui cependant ont été observés dans des conditions telles qu'il n'est pas possible de se refuser à leur accorder une place importante dans l'histoire de la maladie qui nous occupe. Les plus remarquables ont été publiés par M. Marion Sims, par M. Caffe et par d'autres observateurs également distingués. Ce sont ceux dans lesquels la maladie a été le plus rebelle, et qui ont, par cette raison même, servi de prétexte aux tentatives thérapeutiques les plus hardies, je pourrais dire les plus cruelles, en même temps que les plus infructueuses.

Ce qui m'a surtout frappé dans l'étude attentive de ces observations, sur lesquelles on s'est tout particulièrement fondé, pour admettre et créer, pour ainsi dire, de toutes pièces l'existence d'un vaginisme idiopathique, c'est que si la douleur était excessive, son intensité ne répondait pas à celle de la contracture. Cette dernière se laissait facilement vaincre au moyen de divers artifices, sans que la douleur cédât, et fût en aucune façon amoindrie, même après les manœuvres qui avaient donné à l'orifice vulvaire des dimensions plus que suffisantes, pour lui permettre d'être traversé sans la moindre difficulté par des corps d'un volume de beaucoup supérieur à celui du membre viril.

Comment donc expliquer la persistance d'une semblable douleur, provoquée souvent par le contact le plus léger? Tout simplement, Messieurs, par l'existence d'une maladie doulou-

reuse entre toutes, par une *névralgie*. Est-ce que les branches du plexus lombaire ne peuvent pas être prises de névralgie comme tous les autres nerfs sensitifs de l'économie? Est-ce que nous n'avons pas en particulier la branche à laquelle Chaussier avait donné le nom d'iléo-scrotale ou d'*iléo-vulvaire* suivant le sexe, et la branche terminale du *nerf honteux interne*, dont les rameaux se distribuent à la grande lèvre et à l'entrée de la vulve? Et si l'une ou l'autre de ces branches est affectée de névralgie, ne peut-on pas être exposé à voir survenir, à la moindre pression, ces explosions, ces irradiations de douleur dont Valleix a si bien démontré l'importance dans toutes les névralgies? Et ne savons-nous pas, d'autre part, combien sont fréquentes les contractures musculaires qui accompagnent le symptôme douleur dans les névralgies des nerfs mixtes.

Ces névralgies nous rendent compte de la plupart des cas dans lesquels on a pu croire à un vaginisme essentiel parce qu'on n'avait constaté aucune lésion vulvaire apparente. M. Noël Gueneau de Mussy en a cité de remarquables exemples en rappelant ceux qui avaient été déjà publiés par Landry et il n'a pas méconnu non plus l'influence de l'*ovarialgie* que je me borne à vous signaler en ce moment et sur laquelle j'aurai occasion de revenir avec plus de détails, quand, dans une autre leçon, je vous ferai l'histoire de cette névralgie viscérale.

La pathogénie du vaginisme étant ainsi comprise, le traitement devient simple et facile. Combattre la maladie qui lui a donné naissance. En fait on le voit disparaître comme par enchantement toutes les fois que cette maladie vient à se guérir. C'est ce qui arrive toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une simple lésion vulvaire. Quelques cautérisations au nitrate d'argent dans les cas d'érosion de la muqueuse ou d'inflammation folliculaire; quelques injections, quelques bains suffisent alors pour que la muqueuse, revenant à l'état normal, les fonctions génitales se puissent accomplir sans le moindre empêchement. Si la lésion locale résiste à un trai-

tement topique, c'est qu'elle dépend elle-même de causes plus générales, et le traitement doit alors être dirigé en conséquence ; c'est ainsi que des préparations arsenicales convenablement administrées dans des cas d'herpès ou d'eczéma de la vulve ont guéri le vaginisme en faisant disparaître les manifestations de la diathèse sous l'influence de laquelle il avait pris naissance.

Malheureusement, toutes les maladies qui s'accompagnent de ce symptôme ne sont pas aussi faciles à guérir, et au premier rang des plus rebelles, il faut placer la névralgie dont je vous parlais en dernier lieu et qui là, comme partout, peut être d'une ténacité désespérante. Il faut bien dire qu'elle n'a pas été suffisamment attaquée ni combattue jusqu'à ce jour, parce que son influence était méconnue. Mais il suffira que l'on sache l'importance du rôle qu'elle joue pour s'appliquer à la reconnaître et à diriger contre elle toute l'action thérapeutique dont l'efficacité sera par conséquent d'autant plus grande, que l'on agira méthodiquement désormais au lieu d'aller en quelque sorte à l'aventure, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, en employant, sans trop savoir pourquoi, les traitements les plus variés au milieu desquels l'emploi des narcotiques jouait toujours le rôle le plus important.

C'est ainsi que j'ai pu, moi aussi, obtenir des guérisons, que j'ai attribuées à un autre mécanisme, dans des cas où, préoccupé surtout de la contracture des sphincters, j'ai conseillé l'introduction dans le vagin de mèches d'un volume graduellement croissant ; seulement j'avais eu soin de faire enduire ces mèches d'une pommade composée, soit avec de l'extrait de belladone, soit avec de l'iodoforme. Je me demande aujourd'hui si l'action dilatatrice, sur laquelle je comptais surtout alors, n'a pas été primée par l'action narcotique de l'agent médicamenteux, entrant dans la composition de ces pommades.

Quoi qu'il en soit, comme ce moyen m'a parfaitement réussi dans plusieurs cas, je ne puis m'empêcher de vous le recommander.

S'il y a de la rougeur ou des excoriations de la muqueuse,

je donne la préférence à l'iodoforme et je formule ainsi la pommade à employer.

℞ Poudre d'iodoforme. . . . . } Beurre de cacao. . . . . . }	ãã 2 grammes
Axonge récente.	15 —

M. s. a.

S'il n'y a que la douleur, sans aucune altération apparente de la muqueuse, je prescris :

℞ Extrait de belladone.	3 grammes
Axonge récente	15 —

M. s. a.

Dans un cas comme dans l'autre, je prescris de faire des mèches de charpie aussi peu volumineuses que l'on voudra pour commencer, et afin de ne pas effrayer la malade, je la charge de les confectionner elle-même en lui recommandant de compter les brins de fil qui entrent dans la composition de chacune de ces mèches destinées à être introduites chaque soir dans le vagin, après les avoir enduites de l'une ou de l'autre des deux pommades ci-dessus formulées. Si elle se sert d'abord de la pommade à l'iodoforme, elle pourra au bout de quelques jours la remplacer par la pommade belladonée lorsque la rougeur et les excoriations, ou les éruptions de la région vulvaire auront disparu. Seulement, dans un cas comme dans l'autre, on aura soin d'augmenter chaque jour, d'une quantité imperceptible, mais déterminée à l'avance, le nombre des fils employés, 10, 12, ou 15 par exemple. On arrivera ainsi fatalement au bout d'un certain temps, qui ne sera jamais très-long, à faire usage d'une mèche d'un volume assez respectable pour que, aussitôt après l'avoir enlevée on puisse la remplacer par un membre viril sans que la substitution détermine aucune douleur. C'est ainsi que les choses se sont passées dans un certain nombre de cas que j'ai traités par le moyen que je viens de vous indiquer ; et, quoique je sois, comme je vous le disais il n'y a qu'un instant, disposé à attribuer la meilleure

part de ces guérisons à l'action du narcotique dont se composait ma pommade, je persiste cependant à penser que l'action mécanique exercée par la mèche à volume graduellement croissant n'a pas été complétement inutile. Une action absolument semblable a été obtenue par le massage et la dilatation brusque mais non excessive, suivie de l'application de substances également narcotiques, entre les mains d'autres praticiens qui reculent comme moi devant les opérations sanglantes et souvent dangereuses auxquelles M. Marion Sims a cru devoir systématiquement soumettre toutes ses malades.

La seule de ces opérations que je pourrais accepter est celle qui consiste dans l'ablation des lambeaux de l'hymen, ulcérés, enflammés. Quoique je préfère la cautérisation simple, parce qu'elle m'a toujours réussi en pareil cas, je comprends que si l'on tient absolument à aller plus vite, et pour se mettre complétement à l'abri des récidives, on excise les caroncules myrtiformes avec le bistouri, et qu'après avoir enlevé ces saillies de la muqueuse, proéminentes et boursouflées, on cautérise la surface saignante pour obtenir une cicatrisation plus rapide et plus durable.

Mais, hors ce cas, je proscris d'une façon formelle les opérations sanglantes, surtout celles qui consistent dans des sections musculaires, faites soit à ciel ouvert soit par la méthode sous-cutanée ou pour mieux dire sous-muqueuse.

Ce n'est pas tout que de guérir le vaginisme, le plus intéressant peut-être est de l'empêcher de se produire, et c'est à cela surtout qu'il faut appliquer tous vos soins. Je crois vous avoir suffisamment démontré que cet état morbide n'a rien d'essentiel, que c'est un symptôme dépendant d'un certain nombre de maladies diverses, pour que vous soyez bien pénétrés de cette vérité et que vous ne songiez plus à vous attaquer, comme on a eu si grand tort de le faire, à une véritable entité morbide, qui reconnaîtrait toujours la même cause et qui serait justiciable d'un traitement identique aussi bien que d'une prophylaxie uniforme. Cependant, tout en tenant compte de ces faits que je viens de faire passer sous vos yeux et des réflexions [illegible]

suggérées, vous ne pouvez encore avoir oublié les faits contradictoires qui ont pu vous être présentés par des Maîtres éminents, au savoir, au jugement et à l'esprit distingués desquels je me plais à rendre hommage. Mais ces faits prêtent tous à la discussion. — Vous avez maintenant le criterium à l'aide duquel il vous est permis de les apprécier et de les juger, et si vous voulez les faire passer successivement au crible d'une saine et impartiale critique, vous verrez que tous sont justiciables de l'interprétation que je vous ai proposée. Voulez-vous un exemple? Prenons-le tout à côté de nous.

Le professeur Lorain, qui, avant de devenir mon collègue dans cet hôpital, avait été un de mes plus affectionnés condisciples, et qui était arrivé en même temps que moi à cet âge où l'on peut écouter impunément toutes les confidences, même les plus scabreuses, vous racontait il n'y a pas très-longtemps encore, dans une de ces intéressantes conférences pleines d'humour et d'entrain dont il avait le secret, l'histoire d'une de ses clientes qui, après plusieurs années passées dans toutes les joies du mariage et de la maternité, avait perdu son mari. Elle avait supporté assez patiemment son veuvage pendant une assez longue période d'années; puis, après s'être décidée à se remarier, elle n'avait pas été peu surprise de se trouver absolument incapable de remplir auprès de son second mari les devoirs qui lui avaient été si doux et si faciles avec le premier. Elle se consola vite et se résigna au rôle d'amie et de simple compagne de celui dont elle ne pouvait pas être la femme et dont l'ardeur sensuelle était assez éteinte par l'âge pour qu'il acceptât ce rôle sans trop de protestations. — De ce fait, qui l'étonnait, Lorain a cru pouvoir tirer une conclusion relative à l'essentialité du vaginisme et, en cela, il me paraît s'être absolument trompé, car d'une part il n'a pas examiné les organes génitaux de sa malade, et rien ne nous prouve qu'elle n'eût pas à la vulve quelqu'une de ces lésions souvent superficielles dont je vous ai montré l'influence sur la production du vaginisme, et qui sont surtout fréquentes chez les femmes arrivées à l'âge de la ménopause. Vous devez savoir en effet qu'à cette époque de la vie de

la femme il n'est pas rare de rencontrer à la vulve des éruptions eczémateuses ou érythémateuses et plus simplement un prurit souvent intolérable, qui sollicite les malades à se grater avec fureur et fait naître ainsi des excoriations dont la présence peut être le point de départ de tous les phénomènes du vaginisme.

Au surplus, ces organes eussent-ils été examinés et trouvés sains, rien ne nous prouve qu'il n'aurait pas pu y avoir, chez la malade de Lorain, une de ces névralgies vulvaires dont je vous ai signalé l'importance et sur l'influence desquelles l'attention de mon très-savant collègue n'avait pas encore été que je sache attirée.

Cette douleur exerce une autre influence, c'est celle de l'appréhension, qui constitue un vaginisme d'un caractère tout spécial, grâce auquel la femme, tout en étant parfaitement capable de pratiquer le coït, n'ose plus s'y livrer. — Il y a là un côté tout particulier de la question, d'autant plus intéressant à étudier que l'appréhension causée par la crainte de la douleur peut se compliquer de la répulsion que la femme éprouve pour l'homme qui ne lui a pas assez ménagé cette douleur lors de ses premières approches.

Ceci me conduit à vous parler de la principale, sinon de l'unique cause du vaginisme. — Les cas dans lesquels il se produit chez les femmes déjà avancées en âge, comme l'était la cliente de Lorain, sont exceptionnellement rares. — La vérité est qu'on le voit plus habituellement chez les femmes jeunes, nouvellement mariées ou peu de temps après les premières approches sexuelles. Si j'ajoute qu'on l'observe surtout chez les femmes nerveuses prédisposées à l'hystérie et qui sont en même temps d'un tempérament lymphatique et mou, je vous aurai dit tout ce que nous savons relativement à l'étiologie de cet état morbide.

Mais pourquoi se montre-t-il plus fréquemment chez ces sujets ? Pourquoi se fait-il qu'il soit surtout la conséquence des premières tentatives du rapprochement sexuel ? C'est ce que nous avons à rechercher maintenant, et lorsque nous aurons

élucidé cette question, peut-être serons-nous à même de résoudre celle de la prophylaxie et d'indiquer comment il peut être possible de s'opposer à son apparition.

La défloration, qui consiste dans la rupture de la membrane hymen, est une opération toujours douloureuse pour la jeune fille qui s'y soumet. Mais la douleur qu'elle provoque est compensée par la sensation voluptueuse qui lui succède aussitôt. — Supposez que cette compensation fasse défaut, que la sensation voluptueuse ne survienne pas, il ne restera que l'impression de la douleur, dont le souvenir se retrouvera lorsque l'acte devra être répété et sollicitera une appréhension d'autant plus vive que la première opération aura été plus douloureuse.

Continuez vos suppositions et admettez, pour un instant, que la première tentative n'ait pas été suivie d'un succès parfait; que la membrane hymen, au lieu d'avoir été entièrement déchirée, ait été seulement éraillée et que l'intromission n'ait pas été complète, qu'arrivera-t-il alors? Aux tentatives suivantes la douleur sera plus vive, la petite déchirure faite à la membrane aura déterminé de l'inflammation avec rougeur, gonflement et sensibilité plus grande des parties, telle que le moindre attouchement sera intolérable. — Dès lors, le coït deviendra impossible; la femme, loin de s'y prêter bénévolement comme la première fois, se dérobera, jettera des cris, se contractera à chaque nouvelle tentative, et, cet état d'exaspération allant croissant, le vaginisme sera constitué. Ce résultat sera d'autant plus rapide que la femme sera plus nerveuse, c'est-à-dire qu'elle sera plus apte à ressentir vivement les impressions douloureuses et qu'elle aura plus ardemment désiré les sensations voluptueuses qui lui font absolument défaut; il sera d'autant plus inévitable que, par sa constitution lymphatique, cette même femme sera moins disposée à la cicatrisation rapide des éraillures, ou excoriations résultant de la première tentative infructueuse.

C'est ainsi que les choses se passent dans un très-grand nombre de cas. Un jeune mari, dont l'ardeur est habituellement excitée par une continence plus ou moins prolongée, est à peine

entré dans le lit conjugal, qu'il s'empresse, sans autre préambule, d'en arriver aux fins du mariage. Mais combien calculent mal leur élan et voient tomber leur flamme avant d'avoir pu atteindre le but désiré. — Ceux-là ont à peine eu le temps de frapper à la porte et ils l'ont fait d'une façon à la fois assez maladroite et assez brutale pour que de longtemps ils ne puissent plus compter la voir s'ouvrir facilement devant eux. — C'est qu'en effet, ils ont déterminé la douleur sans avoir eu le temps ni l'occasion de procurer la sensation contraire qui doit la faire oublier. Chaque nouvelle tentative à laquelle ils se livrent par la suite réveille cette douleur qui les fait repousser de plus en plus énergiquement, et leurs efforts deviennent d'autant plus infructueux, que leur énergie morale et même physique se trouve bientôt amoindrie par tous ces insuccès réitérés.

Que faudrait-il donc pour éviter tous ces mécomptes ? Une seule chose bien simple, c'est que le premier élan fût calculé de telle sorte qu'il permît d'arriver sans encombre au but désiré et que l'on retardât l'assaut plutôt que de le livrer avant d'être bien certain que l'on pourra pénétrer du premier coup jusqu'au centre de la place.

Je n'insisterai pas davantage sur un sujet aussi scabreux, qu'il était cependant de mon devoir de traiter complétement devant vous en raison du grand intérêt qu'il comporte. Le but que nous poursuivons nous autorise du reste à aborder des questions qui seraient souverainement déplacées ailleurs et devant un autre auditoire. — Mais nous ne sommes pas dans un salon et je n'ai pas devant moi une réunion de jeunes filles à peine sorties du couvent. Ce sont pourtant ces jeunes filles auxquelles je songe surtout en ce moment, c'est le bonheur de toute leur existence souvent compromis par une entrée maladroite dans la vie que je voudrais pouvoir assurer. Souvent leur naïveté et leur inexpérience ne sont pas beaucoup plus grandes que celles du jeune homme qui vient en même temps qu'elles d'entrer dans le monde, et pourtant il est indispensable qu'au moment où ils se trouveront réunis tous les deux, de par la loi, le convenances sociales et la volonté de leurs familles, aussi

bien que par leur affection mutuelle l'un des deux au moins soit assez instruit pour pouvoir faire la leçon à l'autre. — Personne ne disconvient que ce rôle de précepteur ne doive appartenir à l'homme, et cependant, par une inconséquence au moins bizarre c'est à la femme que l'on donne des instructions, tandis qu'on l'abandonne lui à ses inspirations, qui pourront être plus ou moins heureuses.

Voyez la mère qui entraîne la jeune épouse, et lui adresse ses dernières recommandations en l'éclairant sur ce qui va se passer. Pourquoi le père n'en fait-il pas autant de son fils? — C'est qu'on suppose que l'expérience lui est venue sans conseils, ou même en dépit des conseils contraires, et que, comme dans la charmante églogue de Longus si délicieusement traduite par Paul-Louis Courrier (1), il a dû rencontrer sur son chemin au moins une belle Lycénion, qui aurait fait son éducation non pas seulement au point de vue théorique, mais aussi et surtout d'une façon tout à fait pratique.

Mais si cette Lycénion a manqué, qui la remplacera? qui donnera les conseils dont nul ne saurait se passer en semblable occurrence? — J'ai vu un homme, fort intelligent et je puis même ajouter fort instruit, dont l'inexpérience en ces matières était telle qu'après deux ans de mariage il me conduisait sa jeune femme en me demandant pourquoi ils n'avaient pas d'enfants, ignorant et qu'elle était encore vierge et ce qu'il fallait faire pour qu'elle cessât de l'être, avant de devenir mère.

A côté de ces jeunes gens trop naïfs, il y a ceux qui ne le sont pas assez et qui, trop empressés d'user de leurs droits, en abusent au point de prétendre triompher par la force de la résistance que leur oppose une pudeur alarmée par des manières qu'ils croient du meilleur goût. Ceux-là débutent souvent par un viol dans cette vie commune qui doit être toute d'affection, de prévenances et d'égards mutuels. C'est une faute grave dont ils

(1) Paul-Louis Courrier. *Les Pastorales de Longus*, ou *Daphnis et Chloé*. Paris, 1815, p. 394.

peuvent avoir à supporter lourdement les conséquences par la suite, et dont la moindre sera de ne pas avoir assez épargné une douleur qu'il aurait dépendu d'eux de singulièrement amoindrir, Trop heureux si le souvenir de cette douleur ne fait pas naître une répulsion invincible qui lui succède et persiste alors qu'elle a disparu depuis longtemps, donnant lieu à une forme toute particulière de vaginisme que nous pourrions appeler le *vaginisme par impression morale* ou par *appréhension*.

Vous en avez vu un exemple très-remarquable chez une jeune femme qui venait à notre consultation. Elle avait eu une inflammation légère de la vulve ayant donné lieu à un vaginisme des plus douloureux, qui avait duré plusieurs mois. Je parvins assez facilement à guérir la lésion vulvaire, dès lors il n'y eut plus de contracture douloureuse, et le spéculum put être introduit sans le moindre effort. Je dilatai largement devant vous l'orifice inférieur du vagin sans solliciter aucune douleur, et croyant que tout était terminé, j'annonçai à cette femme qu'elle pourrait désormais remplir sans difficulté ses devoirs conjugaux. Mais elle ne voulut pas m'écouter et me signifia qu'elle n'en ferait rien, tant elle redoutait de voir se renouveler les douleurs qu'elle avait déjà éprouvées. Je cherchai à lui démontrer combien elle avait tort, mais vous avez pu voir avec quelle énergie elle se défendait; aussi je suis parfaitement convaincu qu'elle a dû ne tenir aucun compte de nos observations, tant était grande l'appréhension qu'elle éprouvait à l'idée de se voir exposée de nouveau à ce qu'elle appelait son martyre.

Elle n'est pas la seule que j'ai vue dans ces fâcheuses dispositions d'esprit et je dois dire que cette répulsion instinctive, d'autant plus énergique qu'elle est moins raisonnée, n'est pas le moindre obstacle que l'on puisse rencontrer à l'accomplissement de l'acte conjugal. Les convulsions qui en sont la conséquence s'expliquent facilement; voyez celles de l'enfant à qui vous voulez ouvrir de force la bouche pour explorer son arrière-gorge; elles sont de la même nature et fort souvent invincibles. Celles qui surviennent chez les femmes dans les conditions que je viens de rappeler ont cela de particulièrement fâcheux qu'elles

ne tardent pas à épuiser la patience et à user l'ardeur de leurs maris qui, prenant d'autres habitudes, peuvent ne plus se trouver disposés à renouveler leurs efforts lorsque vient à disparaître cette résistance nerveuse, dont la bizarrerie ne leur a pas échappé et contre laquelle la médecine a dû se déclarer impuissante.

En tout cas, puisqu'elle n'est jamais primitive, il faut éviter qu'elle se produise, et l'on y peut parvenir si l'époux tient compte des recommandations qu'il conviendrait de lui faire au moment où il va entrer dans la vie conjugale.

Avec cette éducation préalable des jeunes époux, la majeure partie des cas de vaginisme que nous avons occasion d'observer cesseront de se produire. Quant aux autres qui pourront survenir sous l'influence de causes diverses, vous êtes suffisamment armés pour les traiter comme il convient, et je crois vous avoir suffisamment indiqué dans le cours de cette Leçon les moyens de les combattre d'une façon promptement efficace.

SUR L'EXCISION SANS PERTE DE SANG DE L'UTÉRUS GRAVIDE.

Par le Dr George Rein.

Rapport fait à la Société des médecins russes à Saint-Pétersbourg, séance du 16 *décembre* 1878.

Le 21 juin 1869, Horace Storer (1) pratiquait à Boston une opération jusqu'alors inconnue dans les annales de la gynécologie. Ayant constaté chez une primipare une tumeur fibrocystique de l'utérus, qui rendait impossible l'accouchement par les voies naturelles, il résolut de pratiquer la gastrotomie dans le but d'exciser ladite tumeur, tout en laissant l'accouchement suivre son cours naturel. L'excision de la paroi abdominale faite, il attaqua la tumeur, mais dès les premières incisions une hémorrhagie formidable se déclara; en voyant que rien ne pouvait l'arrêter, Storer agrandit alors hardiment l'incision faite, pénétra dans la cavité utérine et fit l'extraction de l'enfant et de l'arrière-faix. Par suite de l'insuffisance de la rétraction des fibres utérines, paralysées par la présence de la tumeur, une nouvelle hémorrhagie survint, Storer se décida alors à appliquer une ligature sur la portion supravaginale de l'utérus et d'exciser tout ce qui dépassait, utérus, tumeur et annexes. L'opérée ne survécut que trois jours.

Le 21 mai 1876, le professeur Porro (2), à Pavie, pratiquait l'opération césarienne sur une femme rachitique. Après l'extraction de l'enfant et de l'arrière-faix une hémorrhagie assez grave se

(1) *The Journ. of the Gynæcolog. Society of Boston*, v. I, p. 223.
(2) Voir Spaeth. *Wiener medic. Wochenschr.*, 1878, n° 4 et suiv.

produisit au niveau de la lèvre gauche de l'incision utérine. Aucun des moyens employés ne réussit, bien que l'utérus fût bien contracté. Quoique le cas de Storer lui fût inconnu, il procéda de la même manière et excisa la matrice délivrée, après avoir appliqué un serre-nœud de Cintrat sur son col. La malade se rétablit.

Les professeurs Spaeth (1) et Braun (2) à Vienne, et le professeur Wasseige (3) à Liége, suivirent l'exemple de Porro. De ces quatre cas, celui de Braun et le second cas de Spaeth, eurent une issue fatale.

L'immense progrès qui se produit dans la gynécologie actuelle n'a donc point respecté cette antique et vénérable opération qu'on nomme la section césarienne. Des protestations se sont élevées dans la littérature contre le procédé primitif, adopté pour cette opération depuis les temps les plus reculés.

Nous voyons cependant que dans tous les cas cités, le nouveau procédé n'est point substitué à l'ancienne opération, proprement dite, c'est plutôt un temps supplémentaire qu'on y ajoute, au lieu de laisser l'utérus délivré en place, on l'excise. En procédant ainsi, on n'évite point une des causes principales de l'énorme mortalité après la section césarienne, je parle des hémorrhagies primaires, de l'incision utérine, hémorrhagies qui souvent atteignent des proportions fatales, surtout dans les cas où l'incision tombe sur l'insertion du placenta (4). Donc en adoptant ce procédé nous laissons les femmes soumises à l'opération césarienne, exposées à des pertes énormes et parfaitement évitables, du moment qu'il existe des procédés d'après lesquels

---

(1) Loc. cit.

(2) Wasseige. *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, t. XII, 3e série, n° 5.

(3) Ibidem.

(4) Il est plus que probable, que dans le second cas de Spaeth, l'hémorrhagie grave, qui survint, fut de beaucoup dans l'issue fatale de ce cas. Il suffit de se rappeler la facilité avec laquelle les accidents septiques se développent, chez des sujets atteints d'anémie aigue.

on peut éloigner presque sans perte aucune, de colossales tumeurs utérines, souvent remplies de vaisseaux d'un tel volume, que leur aspect seul suffirait, d'après Billroth, pour effrayer un chirurgien.

Au commencement de l'été 1876, j'entrepris une série d'expériences concernant l'excision de la matrice grosse chez les animaux. Dans le cours de ces expériences, je cherchai surtout à éviter toute hémorrhagie, tant primaire que secondaire. Pour atteindre ce but, je dus modifier complétement le procédé opératoire. Voilà pourquoi dans les articles publiés dans quelques journaux médicaux (1) et dans les rapports faits à ce sujet à différentes sociétés médicales de Saint-Pétersbourg (2), je parle toujours de la substitution de l'excision de la matrice grosse à la section césarienne. Vu que dans les cas, cités plus haut, de Porro, Spaeth, Braun et Wasseige, il n'est question que de l'excision de la matrice, évacuée d'après le procédé ordinaire (3).

Le procédé suivi par moi dans mes expériences est déjà décrit dans un exposé sommaire, publié in *Archiv für Gynnæcologie*, 1877, nº 6. Je commençais par appliquer une ligature sur le col de la matrice, de manière à pouvoir, presque sans perte aucune, exciser la paroi utérine, pénétrer dans sa cavité et en extraire les enveloppes fœtales avec leurs fruits vivants. Mon procédé n'a donc de commun avec l'ancien, généralement adopté, que l'incision abdominale, tandis que pour le reste de l'opération il est tout autre.

---

(1) *Medicg. et. Bobcint.* (*Messager médical*), 1876, août. *Petersburger medic. Wochenschrift*, 1876, nº 23, 7 août 1876.

(2) Société de médecins pratiquants, séance du 28 septembre 1876. Société d'accoucheurs, séance du 4 novembre 1876. Société de médecins russes, séance du 16 octobre 1876.

(3) Je ne suis point à même de juger jusqu'à quel point les expériences faites par Cavallini, 1768, Fogliata, 1874 et Jeser, 1862, se rapportent aux miennes, vu qu'il m'a été impossible de me procurer les travaux originaux de ces auteurs italiens. Cependant d'après le peu qu'en cite Wasseige il résulte que dans quelques-uns des cas d'excision de la matrice pratiqués par le chirurgien Cavallini,

Il résulte de mes expériences que pour pratiquer cette opération sur une femme il faudrait, selon moi, procéder de la même manière que sur les animaux, c'est-à-dire ne point inciser la paroi utérine, avant d'avoir intercepté complétement tout afflux de sang vers cet organe. Pour arriver à ce résultat, on n'a qu'à suivre un des deux procédés adoptés, dans le même but, pour l'excision d'un utérus atteint d'une tumeur fibreuse. Ces deux procédés diffèrent en ceci que, dans le premier, on applique les ligatures sur les vaisseaux afférents de la matrice, après avoir amené celle-ci en dehors à travers l'incision abdominale, tandis que dans le second les ligatures sont appliquées, la matrice restant en place.

Il va sans dire que ceci n'est qu'un classement sommaire des procédés de l'opération en question, et que chacun d'eux peut subir des modifications nombreuses dans les détails de son exécution.

1er *procédé :* Après avoir évacué par le vagin la plus grande quantité possible du liquide amniotique on incise la paroi abdominale sur une étendue suffisante pour laisser passer la matrice avec son contenu. La longueur de cette incision ne dépassera que de très-peu celle qu'on fait pour la section césarienne ordinaire. Dans ce dernier cas, l'incision doit être suffisante pour qu'un enfant à terme puisse y passer, tandis que pour notre opération le volume du même enfant est un peu augmenté par l'épaisseur des parois utérines distendues et par la portion non écoulée des eaux fœtales. Donc, cette augmentation peu considérable de la partie à extraire ne peut point nécessiter une incision beaucoup plus grande, d'autant plus que, pendant l'extrac-

---

le vétérinaire Fogliata, les animaux n'étaient point en état de gestation. Un intérêt historique plus réel, présente la proposition de Michaelis, dans ses *Gesammte Abhandbungen*, 1833, s. 34 (*Spiegelberg Lehrbuch. d. Geburtsh.*, 1878 s. 842), d'exciser la matrice après la section césarienne dans le but d'affaiblir la réaction produite par la présence de la matrice blessée dans la cavité péritonéale.

tion, nous pouvons toujours faire passer la matrice dans ses dimensions les plus favorables, de même que cela se pratique pour les tumeurs fibreuses. Jamais, dans mes opérations sur des lapins et des chattes, je ne dus faire une incision plus grande que celle qui aurait été nécessaire pour livrer passage à un fœtus seul. Il est vrai que la forme oblongue des cornes utérines facilite cette manœuvre sur les animaux.

Cependant, dans le cas de Mueller (1) dont nous reparlerons plus loin, l'utérus avec son contenu a été amené en dehors par une incision de la paroi abdominale, allant de l'ombilic à la symphyse, mais distante de 2 centimètres de ces points. Si même, dans quelques cas rares, on était forcé de faire une incision plns grande que dans le cas de Mueller, la pratique de l'ovariotomie nous a suffisamment démontré qu'il n'y a rien qui puisse nous effrayer. Le cas de Billroth, où la paroi abdominale fut incisée sur une longueur de 40 cent. afin de livrer passage à une colossale tumeur fibreuse de l'utérus, est loin d'être unique dans son genre.

L'utérus une fois amené en dehors, on passe aux manipulations nécessaires pour arrêter l'afflux du sang maternel. Le caractère de ces manipulations sera différent, selon l'époque du travail à laquelle on procédéra à l'opération.

a) Si on opère au début du travail ou vers la fin de la grossesse, tant que la tête de l'enfant n'a point dépassé l'orifice interne, ce qui est toujours à désirer, le procédé sera le même que pour l'extirpation d'un fibro-myome utérin. C'est surtout le procédé adopté par Péan dans les hystérotomies qui mérite la préférence. Dans ce procédé, le col est traversé d'arrière en avant par une ligature double, de sorte que le col avec les ligaments larges et ovariques représente deux faisceaux dont on étreint chacun dans une anse de la ligature dédoublée au moyen d'un serre-nœud de Cintrat. De cette manière on évite le danger du glissement des ligatures, ce qui arriva dans le cas

(1) *Wiener med. Wochenschrift*, 1876, n° 2.

de Porro et fut cause qu'un des ovaires fut compris dans l'anse d'une des ligatures ; tandis que Wesseige et Spæth durent recourir à la chaîne de l'écraseur, laquelle non plus ne garantit point du glissement ;

b) Dans les cas où le travail est assez avancé pour que la tête soit entrée dans le canal du col, on pourrait procéder de trois manières différentes :

α) Appliquer deux ou trois ligatures temporaires, en masse, sur les vaisseaux principaux des ligaments larges, extraire l'enfant et l'arrière-faix et exciser l'utérus d'après le procédé Storer-Porro ;

β) Pratiquer une hystérotomie complète ; appliquer une ligature sur la partie supérieure du vagin et exciser tout ce qui dépasse ;

γ) Faire l'extirpation complète de l'utérus d'après le procédé proposé par Freund pour l'extirpation du même organe atteint de cancer.

2e *procédé :* Par une incision pas plus grande que celle pratiquée pour la section césarienne ordinaire, on introduit la main dans la cavité abdominale et on procède aux manipulations nécessaires pour intercepter tout afflux de sang à l'utérus, les mêmes que dans le premier procédé. Il va sans dire que dans ces manipulations on rencontrera des difficultés sérieuses, de sorte que, dans le plupart des cas, on préférera agrandir l'incision faite. Cependant j'eus l'occasion de me convaincre, par

(1) Je ne connais dans la littérature que trois cas d'hystérotomie pour fibro-myomes, dans lesquels on ait eu recours à ce procédé. Dans un de ces cas (Jawier, *Amer. Journ. of the med. sc.*, 1860, july), la malade est morte d'une hémorrhagie consécutive, six jours après l'opération. Dans le deuxième cas (Ch. Clay, voir Rob. Lee, *Medico-chirurgic. Transact.*, v. 34), la malade fut enlevée quinze jours après l'opération par une péritonite aiguë, suite d'une chute de l'opérée pendant son déplacement d'un lit sur l'autre. Enfin, le troisième cas (Walter Atlee, *Amer. Journ. of the med. sc.*, 1871, july) fut suivi d'une guérison complète.

l'examen d'une matrice excisée *in situ*, avec l'enfant y contenu, que ce procédé est loin de présenter des difficultés insurmontables, d'autant plus qu'on ne manquera point de perfectionner ce procédé. C'est surtout ici que l'évacuation des eaux fœtales au moyen de la ponction de la poche du côté du vagin est d'une grande signification, vu le gain considérable d'espace pour la main manœuvrant dans la cavité abdominale.

Il y a encore une circonstance qu'on ne peut passer sous silence, c'est le danger d'asphyxier l'enfant par l'interception complète de l'afflux du sang maternel. D'après nos expériences, ce danger est nul si toutefois on se tient strictement au procédé ci-dessus exposé.

L'application des ligatures prend si peu de temps, que tous les fruits extraits par moi de cette manière étaient parfaitement vivants et très-remuants (1). De plus, le danger d'asphyxie du fruit est beaucoup moindre chez la femme que chez les animaux, vu que chez ces derniers on doit ouvrir consécutivement jusqu'à 9 poches fœtales, et en extraire les fruits, ce qui rend la vie des derniers venants très-précaire. Il ne faut point oublier non plus que je propose d'opérer vers la fin de la grossesse ou au premier début du travail, soit à une époque où l'enfant n'a point encore subi l'action souvent funeste des contractions utérines; que l'enfant soumis à l'action des contractions utérines court un danger réel, nous le voyons dans une masse de cas de section césarienne d'après le procédé ancien, où on pratiquait l'opération à une époque plus avancée du travail.

Pour le reste de cette opération on procède de la même manière que pour l'ovariotomie ou l'hystérotomie. C'est seulement une expérience future qui nous apprendra ce qui des deux est à préférer : de fixer le pédicule figuré ici par le moi-

(1) Un chat extrait de cette manière et mis en nourrice près d'une chatte, qui venait de mettre bas, vécut jusqu'à présent, soit plus de deux ans.

gnon de l'utérus dans la plaie abdominale, ou de le replacer dans la cavité du péritoine (1).

Avant de conclure, je dois mentionner que le procédé en question a été déjà réalisé par le professeur Mueller (de Berne). En parcourant la relation de ce cas, chacun se convaincra de l'avenir brillant qui attend un procédé opératoire lequel sous des auspices les plus sinistres a donné un résultat si éclatant. En effet, quel accoucheur serait assez optimiste pour espérer la possibilité d'une issue heureuse dans un cas de section césarienne pratiquée, le quatrième jour du travail, sur une femme ayant une température de 39° C., un pouls de 136 à la minute, et présentant tous les symptômes d'une endométrite septique? Dans ces conditions lugubres, Mueller hasarda l'opération, et incisa la paroi externe sans perdre une goutte de sang, vu qu'il avait préalablement appliqué sur le col de l'utérus et sur ses annexes une ligature temporaire, qui fut remplacée après l'extraction de l'enfant et de l'arrière-faix (1). Malheureusement dans ce cas l'enfant était mort avant l'opération, de sorte que c'est seulement dans l'avenir que nous pouvons espérer recueillir des cas de substitution de l'excision insanguine de la matrice à la section césarienne dans lesquels mère et enfant auront été sauvés.

(1) Dans le cours de mes expériences, dans tous les treize cas, j'ai employé méthode extrapéritonéale.

(2) *Centralblat für Gyn.*, 1878, n° 5.

DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS

ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ACTION ÉLECTRO-ATROPHIQUE DES COURANTS CONTINUS.

Par le Dr Aimé Martin,
Médecin-adjoint, chargé du troisième service de vénériennes, à Saint-Lazare.

(SUITE ET FIN) (1).

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT DES FIBRO-MYOMES UTÉRINS PAR L'ACTION ÉLECTRO-ATROPHIQUE DES COURANTS CONTINUS. CHOIX D'UN APPAREIL. FAÇON D'OPÉRER.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'insuffisance des divers moyens thérapeutiques employés, jusqu'à ce jour dans le traitement des fibro-myomes, m'inspira l'idée de recourir à l'électricité.

Je rejetai *a priori* l'électrolyse, et je commençai mes expérimentations avec l'espoir d'arriver à produire la dénutrition (et par suite la disparition) de ces tumeurs au moyen de cette force spéciale à laquelle j'ai donné le nom d'action électro-atrophique.

Les premiers essais que je tentai ne purent être prolongés pendant un laps de temps suffisant. Les tâtonnements inséparables de la première application d'une méthode nouvelle, les quelques accidents locaux, peu graves du reste, qui se produisirent, les irrésolutions des malades, qui ne consentaient à

(1) Voir les numéros de février et mars 1879.

subir une médication aussi astreignante qu'à la condition expresse que je pourrais leur garantir la guérison (ce à quoi j'étais loin de m'engager), toutes ces causes me mirent dans la nécessité d'interrompre, après un nombre de séances qui varia de vingt à quarante, les trois premières expériences que je tentai. Je le regrettai d'autant plus que chez deux de ces malades j'avais pu constater une diminution très-manifeste dans le volume de la tumeur, et que j'avais tout lieu d'espérer, qu'avec un peu plus de patience, elles seraient arrivées à une guérison complète. A la suite de ces premières tentatives j'étais un peu découragé, je l'avoue; malgré les espérances de succès qu'elles m'avaient données, je n'osai continuer l'application du traitement dans les cas nouveaux de fibro-myomes utérins qui m'étaient adressés. Heureusement, à cette époque, je pus employer ma méthode pour un fibrome de la cuisse, et j'obtins un résultat si complet que je n'hésitai plus à recourir à ce moyen pour les fibro-myomes de l'utérus.

Ce fibrome de la cuisse s'était développé chez un homme jeune encore, employé de la Compagnie des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée, attaché aux services de l'Administration centrale, dont je suis le médecin. Cet employé, désirant, par-dessus tout, être débarrassé de cette tumeur, qui le préoccupait vivement, et contre laquelle on avait jusqu'alors employé, sans succès aucun, tous les fondants et tous les résolutifs, se prêta avec une patience sans bornes à une série d'expériences que je dirigeai de façon à me fournir quelques règles de conduite pour les traitements ultérieurs.

Je pus essayer, dans ce cas, les différents appareils à courants continus, me faire une opinion bien nette sur leur valeur relative, et j'eus la satisfaction, après 150 séances, d'obtenir une guérison absolue. Il ne restait plus, à la fin du traitement, de traces du fibrome.

Les diverses indications que me fournirent les nombreux essais auxquels je soumis ce malade, dont la docilité fut inépuisable, m'ont permis d'adopter certaines règles qui forment

aujourd'hui la base de ma méthode, et que je résumerai dans les lignes suivantes.

L'intensité des courants continus varie suivant le nombre et la nature des éléments employés.

La force électro-motrice est en rapport avec la nature de l'élément; c'est cette force que certains auteurs traduisent par le mot *action chimique*. Or, l'action chimique, c'est le fonctionnement même de l'élément; c'est la condition *sine qua non* de la production d'électricité.

L'action chimique des courants continus est donc une expression qui, à mon point de vue, ne peut en aucune façon s'appliquer à la désorganisation des tissus par l'hydrogène naissant et par les alcalis, désorganisation produite par ces mêmes courants, et à laquelle on donne plus spécialement le nom d'électrolyse.

Quant à la force électro-motrice, elle peut affecter plusieurs formes; elle est essentiellement protéique, et ce n'est qu'à une seule de ses manifestations que j'ai attribué le nom d'action électro-atrophique.

Si l'on ne considérait que l'intensité relative des divers éléments, constatée par le galvanomètre multiplicateur, on serait tenté de se servir, dans le traitement des fibro-myomes utérins, de celui d'entre eux qui développe la force la plus considérable.

Dans cette hypothèse, en prenant comme unité l'intensité du courant produit par l'élément de Daniell (pile au sulfate de cuivre, eau acidulée, zinc et cuivre), et en la désignant par 100, nous aurions, comme représentation de cette même intensité pour l'élément de Morin (pile au zinc, charbon et bisulfate de mercure), le chiffre 150; celui de 160 pour l'élément de Gaiffe (chlorure d'argent et chlorure de sodium); et enfin celui de 215 pour la pile au bichromate de potasse.

Telle est, en s'en rapportant exclusivement au galvanomètre, l'échelle comparative de l'intensité de chacun des éléments que je viens de citer; telle n'est pas, à beaucoup près, celle de leur

action électro-atrophique, que de nombreuses expériences m'ont seules permis d'établir.

D'après tout ce qui résulte de mes observations, continuées pendant deux années, il me paraît même à peu près certain que l'action électro-atrophique des courants continus, c'est-à-dire la dénutrition produite par ces courants sur la vascularisation des tumeurs au traitement desquelles ils sont appliqués, est en raison inverse de leur intensité.

En effet, après de nombreux essais, après avoir employé, successivement et alternativement, les piles au bi-chromate de potasse, au chlorure d'argent, au bi-sulfate de mercure et au sulfate de cuivre, c'est toujours à ces dernières que je suis revenu; ce sont les éléments de Daniell qui ont produit la dénutrition et la disparition des fibro-myomes le plus rapidement, et qui m'ont paru réunir tous les avantages. Ce sont elles qui causent le moins de douleurs locales, le moins d'eschares, et qui agissent le plus énergiquement et de la façon la plus constante.

Dans le cours de mes recherches sur l'application des courants continus au traitement des tumeurs fibreuses utérines, je me suis toujours servi des appareils de la maison Chardin et Prayer. Ces habiles électriciens ont établi plusieurs modèles qui répondent à toutes les indications, en satisfaisant aux conditions que j'ai énumérées.

Leur premier modèle est celui que j'ai employé de préférence à tous les autres. D'une constance exceptionnelle, ne demandant aucun entretien, n'exigeant aucun soin, il me paraît réunir toutes les qualités que comporte la pratique courante; il est le seul qui puisse être adopté par les médecins éloignés de Paris, puisque ses piles peuvent fonctionner pendant plus d'une année sans être rechargées.

L'élément qui forme sa base est complètement différent des éléments au sulfate de cuivre déjà connus (Daniell, Callaud, etc., etc.), qui nécessitent toujours un certain entretien. Sa constance, sur laquelle j'insiste et qui est remarquable, est due à un détail de construction que je vais indiquer. Dans tous

les éléments au sulfate de cuivre, l'affinité entre les deux métaux (zinc et cuivre) est telle, qu'après quelques jours de fonctionnement, des aiguilles de cuivre se forment sur le zinc, et que l'élément est bientôt hors de service. Ce n'est que par une surveillance active et constante qu'on peut arriver à empêcher ce fâcheux résultat.

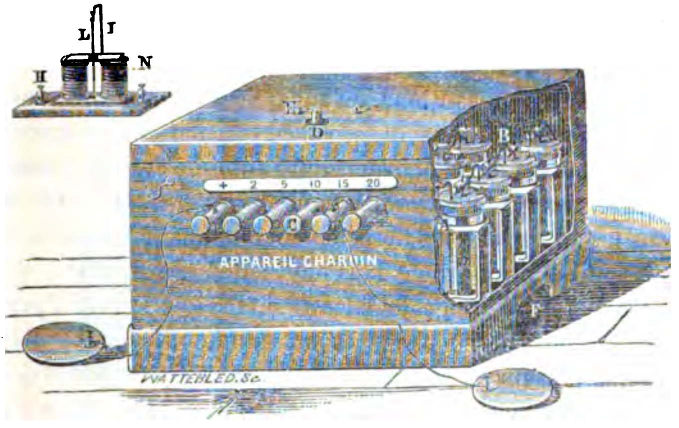


Fig. 1.

MM. Siemens et Halske (de Berlin) ont essayé, après beaucoup d'autres d'ailleurs, d'opposer un obstacle insurmontable et tout physique à cette formation. Dans leur appareil, le pôle cuivre est protégé par une calotte de porcelaine, au-dessus de laquelle est placé une sorte d'obturateur composé de pâte de papier fortement comprimée. Ces obstacles matériels n'ont pas empêché les aiguilles de se produire, et nous avons vu la porcelaine de l'appareil de MM. Siemens et Halske brisée, et la pâte de papier traversée par de longs jets de cuivre réunissant les deux métaux.

On se fera, d'après cet exemple, une idée de la valeur obturatrice de ces rondelles de papier, abandonnées après 1867, et reprises depuis cette époque par un fabricant qui doit être aujourd'hui édifié sur leur véritable efficacité.

L'élément du modèle Chardin et Prayer (adopté par l'As-

sistance publique pour les hôpitaux de Paris) est composé d'un cylindre en cuivre servant d'enveloppe à l'élément, en même temps que de pôle positif, et bouché à ses deux extrémités. Dans ce cylindre se trouve enfermé le zinc qui émerge du tube par une tige verticale. Entre le cuivre et le zinc est interposée une couche de grès pulvérisé, mélangé à du soufre sublimé. Pour permettre l'action de la solution de sulfate de zinc, l'enveloppe tubulaire de cuivre est percée de trous nombreux.

Grâce à ces précautions, en apparence si simples, lorsque les aiguilles métalliques sont en voie de formation, elles sont immédiatement réduites par le soufre sublimé et transformées en sulfure, poudre inerte qui se mélange au grès. De cette façon, tous les inconvénients de l'élément au sulfate de cuivre disparaissent, et la constance dans leur action est obtenue.

L'appareil en usage dans les hôpitaux de Paris, représenté fig. 1, contient 20 éléments au sulfate de cuivre disposés comme je viens de le dire; il suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour obtenir l'action électro-atrophique. Il a l'avantage considérable d'être très-portatif, puisque les 20 éléments sont contenus dans une boîte mesurant 30 centimètres de longueur, 22 cent. de largeur, et 18 de hauteur. Des bornes métalliques, disposées à la partie antérieure, et auxquelles se fixent les fils conducteurs, permettent d'employer les courants produits par 2, 5, 10, 15, ou 20 éléments.

Pour faire de l'électrolyse, le nombre de 20 éléments ne suffirait sans doute pas; mais, par une disposition ingénieuse, MM. Chardin et Prayer mettent en communication facile deux ou plusieurs appareils du genre de celui que je viens de décrire. Un simple bouton placé à la partie supérieure de la boîte la met en rapport avec celle qui lui est superposée. On peut ainsi sans la moindre difficulté, et simplement en les installant l'un au-dessus de l'autre, additionner les 20 éléments de chaque appareil nouveau à ceux des autres appareils sur lesquels il est posé. Un total de 40 à 60 éléments au sulfate de cuivre est très-suffisant pour pratiquer l'électrolyse.

Le second modèle de la maison Chardin et Prayer a pour élément la pile au bi-sulfate de mercure (fig. 2), qui offre le grand avantage de ne fonctionner que lorsqu'elle est mise en œuvre.

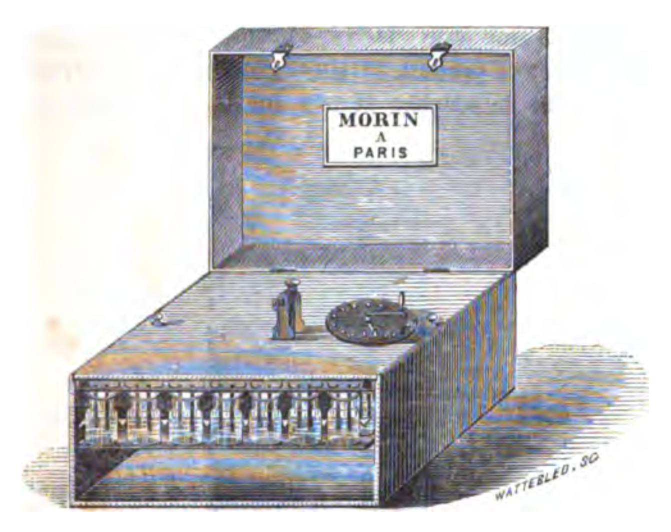


FIG. II.

Le grand défaut de cet appareil est de n'être pas portatif, et d'agir d'une manière moins active que le précédent au point de vue de la dénutrition des produits morbides. Il a enfin l'inconvénient plus grave encore de produire des eschares plus rapidement que tous les autres systèmes analogues. Cette pile au bi-sulfate de mercure, fort ingénieuse du reste, appelée pile Faucher (du nom de son inventeur), se compose d'un récipient en porcelaine (fig. 3) divisé intérieurement en deux compartiments par une cloison (également en porcelaine) qui les laisse communiquer par leur partie supérieure. L'un de ces compartiments renferme le zinc et le charbon, solidement fixés et maintenus en place ; l'autre contient le liquide excitateur, que l'on y introduit par un orifice circulaire fermé ensuite hermétiquement par un bouchon de caoutchouc. Dans cet état, la pile ne peut pas fonctionner, puisque le zinc et le charbon sont sé-

parés de la solution de bi-sulfate de mercure par un obstacle impénétrable; mais qu'on vienne à la pencher sur le côté contenant le zinc et le charbon, le liquide abandonne le compartiment qu'il occupait et pénètre dans l'autre; si on relève alors l'appareil, le zinc et le charbon sont plongés dans le bi-sulfate, et le courant se produit aussitôt. Pour obtenir l'arrêt du courant il suffit de pencher la pile sur le côté opposé et de la relever.



FIG. III.
Pile Faucher.

Je mentionnerai encore l'élément au peroxyde de plomb à grande surface; cet élément fonctionne avec une régularité parfaite; au point de vue de l'action électro-atrophique il vient immédiatement après la pile de Daniell; mais ce qui limitera forcément son usage, c'est qu'il ne peut être employé qu'à poste fixe.

L'appareil une fois choisi, voici comment je procède à l'application des courants continus au traitement des fibro-myomes utérins, quelle que soit du reste la variété à laquelle ils appartiennent.

J'introduis dans la cavité du col de l'utérus, si cela est pos-

sible, dans le cas contraire je place sur la muqueuse du col, une petite olive métallique qui constitue l'électrode positive.

Cette olive, que depuis quelque temps j'ai fait fabriquer en platine, car tous les autres métaux étaient rapidement oxydés et détruits, forme l'extrémité d'une sonde métallique ayant environ 20 centimètres de longueur, recouverte, sauf à ses deux bouts, par un manchon isolant en gutta-percha. A l'extrémité opposée à celle qui se termine par l'olive, vient se fixer le fil positif de l'appareil. L'électrode négative, formée par une plaque métallique de 5 centimètres environ de diamètre, recouverte de peau ou de linge mouillé, est placée sur la partie de la paroi abdominale qui correspond au fond de la tumeur.

De cette façon, le courant traverse la tumeur dans toute son épaisseur.

Je change du reste de place l'électrode négative plusieurs fois dans la même séance, ou seulement d'une séance à l'autre, suivant les cas, de façon que le courant traverse la tumeur successivement dans la direction de ses différents diamètres.

J'emploie habituellement le courant de cinq à dix éléments pour les premières séances dont la durée ne dépasse pas habituellement un quart d'heure.

Suivant la tolérance plus ou moins grande de la malade, et en surveillant attentivement l'action produite sur la peau, j'élève peu à peu le nombre des éléments : il est rare que je dépasse vingt. Je n'ai atteint que dans un seul cas le nombre de vingt-cinq (1).

La douleur et les eschares se produisent presque toujours, pour ne pas dire toujours, au point occupé par l'électrode négative. C'est donc, le plus souvent, la peau de la région abdominale qui est lésée. Je n'ai eu à constater d'eschares au col

---

(1) Pour utiliser l'action que l'on a nommée (improprement, selon moi) action chimique de l'électricité, pour faire, en un mot, de l'électrolyse, on doit avoir recours à 40 ou 50 éléments, au minimum. Ce seul point suffirait pour établir nettement la différence qui sépare la méthode électrolytique, de celle à laquelle j'ai donné le nom d'électro-atrophique.

utérin que lorsque j'ai employé les renversements de courant. Quelles que soient les précautions que j'aie prises, je n'ai jamais pu éviter complétement la production des eschares au niveau du pôle négatif, lorsque j'ai dépassé dix éléments.

Il ne faut pas s'exagérer cependant l'importance et la gravité de ces accidents. Ces eschares sont en général peu profondes et elles laissent des cicatrices peu apparentes, mais elles sont habituellement assez étendues, et les malades s'en préoccupent outre mesure dans les premiers temps du traitement.

Quant à la douleur, elle est très-variable selon les sujets; quelques malades poussent des cris et paraissent éprouver une souffrance aiguë; d'autres ne ressentent qu'une légére démangeaison. Je dois dire que, dans aucun cas, la douleur n'a été intolérable; elle n'a jamais empêché la continuation du traitement.

Le moment où la douleur se manifeste de la manière la plus vive est celui où, pendant une séance, on passe brusquement à un courant dérivé d'un nombre plus considérable d'éléments. Il se produit alors une secousse très-violente que toutes les malades, quelle que soit leur sensibilité relative, éprouvent au même degré.

On est arrivé à obvier à cet inconvénient incontestable par un procédé fort ingénieux que MM. Chardin et Prayer ont appliqué au collecteur ou commutateur, qui réunit sur un tableau de petite dimension un certain nombre de bornes métalliques communiquant chacune avec un ou plusieurs éléments de l'appareil à courants continus que l'on emploie. Ce commutateur permet de se servir à volonté de telle ou telle série d'éléments et, par conséquent, de n'utiliser que ceux dont le fonctionnement ne laisse rien à désirer.

Comme je viens de le dire, il se compose de bornes métalliques; elles sont disposées en cadran, et une manette, pivotant au centre de ce cadran, peut être mise en contact successivement avec chacune d'elles.

Pour éviter la commotion si violente causée par le passage brusque d'un courant inférieur à un courant d'éléments plus

nombreux, MM. Chardin et Prayer ont eu l'idée de disposer une manette qui peut être en contact à la fois avec deux bornes, n'abandonnant la première que lorsqu'elle est déjà en rapport avec la seconde, de façon que la transition d'un courant à l'autre devienne insensible. Cette ingénieuse modification, basée sur une idée théorique, m'a donné les meilleurs résultats, en ce sens qu'elle a supprimé absolument les pénibles secousses ressenties jusqu'alors par les malades.

J'ai obtenu de bons effets des renversements de courants opérés, à plusieurs reprises, pendant une même séance; s'ils ont l'inconvénient de déterminer une souffrance assez aiguë et de produire quelquefois, ainsi que je l'ai dit plus haut, des eschares au col utérin, ils ont l'avantage de donner à la tumeur des espèces de secousses violentes qui aident d'une façon incontestable à sa dénutrition. Je ferai remarquer seulement que ce moyen ne doit être mis en usage qu'à une période assez avancée du traitement.

J'arrive enfin à une dernière question pratique qui a son importance. Doit-on employer, dans le traitement des fibro-myomes de l'utérus, les courants continus sans modification? doit-on au contraire employer, dans ce cas, les courants continus avec interruptions réglées?

Je n'oserais répondre encore formellement à une question ainsi posée. J'ai obtenu, dans la plupart des cas, de bons effets des courants continus interrompus. Chez trois de mes malades, cependant, ces interruptions ont été mal supportées et n'ont pas semblé donner de bons résultats.

En tout état de cause, ces interruptions réglées ne doivent être utilisées, de même que les renversements de courant, que lorsque la tumeur est déjà manifestement en voie de régression.

Je ne pourrai arriver à formuler leurs indications et leurs contre-indications qu'après les avoir expérimentées sur un nombre plus considérable de malades.

Divers appareils très-ingénieux ont été construits pour donner ces interruptions dans les courants continus, d'une façon

automatique et régulière ; ils permettent d'obtenir des interruptions d'une demie, d'un quart, d'un vingtième, d'un quatre-centième de seconde, ce qui (par parenthèse) me semble rien moins que certain et ce qui est parfaitement inutile. Ils ont le grand inconvénient de nécessiter un mouvement d'horlogerie très-compliqué et, partant, très-coûteux.

Un électricien dont le nom est à juste titre bien connu de nos lecteurs, M. Morin, a mis à ma disposition, pour remplacer ces interrupteurs de luxe, un appareil d'une extrême simplicité qui me paraît remplir toutes les conditions désirables.

C'est un métronome ordinaire, à la base antérieure duquel sont placés deux ressorts métalliques sur lesquels l'extrémité inférieure du balancier vient alternativement frapper. Deux bornes latérales sont mises en communication par des fils conducteurs avec ces ressorts, et, en même temps, avec le pôle positif du circuit.

Le balancier, de son côté, communique avec une borne placée à la base postérieure du métronome et reliée au pôle négatif.

Lorsque ce balancier est mis en mouvement, il vient frapper successivement les deux ressorts métalliques. Chacun de ces chocs établit une reprise du courant qui cesse, en revanche, lorsque ce rapide contact n'a plus lieu.

On peut facilement, au moyen de cet instrument si simple, avoir des interruptions de quarts de seconde; il est vrai d'ajouter que la durée de ces interruptions est toujours égale à celle de la reprise du courant; mais je ne crois pas, quoi qu'on en ait pu dire, qu'il soit nécessaire de varier à l'infini la différence de ces durées rélatives.

Le premier effet de l'application de la méthode que je décris au traitement des fibro-myomes c'est la cessation, pour ainsi dire, immédiate des hémorrhagies utérines. Cet effet est constant, je ne l'ai jamais vu manquer.

Lorsque ces hémorrhagies se reproduisent dans le cours du traitement, elles sont, presque toujours, accompagnées de l'expulsion de fragments du fibro-myome. Il est presque inutile

d'ajouter que cela n'a lieu que dans le cas où l'on a affaire à une tumeur sous-muqueuse.

Ainsi que je l'ai dit déjà, il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, d'éviter la production des eschares au point où est appliqué le pôle négatif, surtout lorsqu'on dépasse quinze éléments. J'ai garni la plaque métallique qui représente l'électrode négative de huit ou dix doubles de tissu de toile ou de coton, de plusieurs épaisseurs de peau, je n'ai jamais pu, quelles qu'aient été les précautions employées, éviter cet inconvénient dont il ne faut pas, du reste, s'exagérer l'importance.

La douleur, plus vive généralement lorsqu'on emploie les courants avec interruptions réglées que lorsqu'on se sert des courants continus simples, n'a jamais été tellement insupportable qu'elle ait nécessité la cessation du traitement. Dans la plupart de ces cas, les malades l'ont affrontée avec une constance qui semble prouver son peu d'intensité.

Ce n'est guère qu'après une vingtaine de séances que l'on peut constater avec certitude la diminution du volume de la tumeur.

A partir de ce moment la régression se fait le plus souvent avec rapidité : elle continue même à se produire, pendant un certain temps du moins, lorsque, pour une cause quelconque, on est forcé d'interrompre les séances. Je crois devoir insister sur ce fait qui avait déjà été signalé par Ciniselli et qui me semble avoir une grande importance.

Lorsque j'ai obtenu la disparition complète du fibro-myome, cette disparition ne s'est jamais produite qu'après un nombre de cent séances en moyenne, et c'est surtout dans les dernières périodes du traitement que la régression s'est opérée avec rapidité.

J'ai cru devoir entrer dans les détails les plus minutieux sur les appareils dont je me suis servi, sur la manière dont j'ai opéré et enfin sur les résultats que j'ai obtenus, de façon à permettre à ceux de mes confrères qui voudraient employer ma méthode d'éviter les tâtonnements qui m'ont longtemps arrêté et de profiter de l'expérience personnelle que j'ai acquise.

Je n'ai pas la prétention de faire une monographie des fibromyomes utérins, aussi ne parlerai-je ni de leur diagnostic ni de leur symptomatologie, que l'on trouve dans tous les traités classiques. Si je me suis étendu sur l'anatomie pathologique, c'est qu'elle n'est point encore fixée complétement et qu'il me semblait utile de donner, à ce sujet, certaines indications qui résultent des travaux les plus récents et qui peuvent expliquer l'action des courants continus sur cette variété de tumeurs utérines.

Je terminerai ce travail par un tableau synoptique de mes observations (1) et par une série de conclusions résumant les points sur lesquels je désire appeler plus spécialement l'attention des lecteurs (voir p. 288 et 289).

CONCLUSIONS.

1° Les fibro-myomes utérins, myomes ou leïomyomes, ont pour élément primordial caractéristique la fibre musculaire lisse.

2° Ils débutent toujours dans l'épaisseur de la paroi utérine.

3° Il y a, au point de vue de la structure intime, deux sortes de fibro-myomes : les fibro-myomes *mous*, dans lesquels prédominent les vaisseaux et les faisceaux musculaires; les fibromyomes *durs*, dans lesquels, au contraire, le tissu conjonctif a une importance plus grande que celle de ces deux éléments.

4° Au point de vue de leur siége, les fibro-myomes se divisent en sous-péritonéaux, intra-pariétaux ou interstitiels et sous-muqueux;

(1) J'avais songé tout d'abord à donner les observations in extenso; mais je n'ai pas voulu abuser outre mesure de l'hospitalité que m'offrent si gracieusement les *Annales de Gynécologie*; j'ai pensé, du reste, que je pouvais, dans un tableau succinct, indiquer pour chacune des observations les points plus particulièrement intéressants.

5° Au début de l'évolution du fibro-myome, les faisceaux musculaires sont toujours en continuité avec ceux de l'utérus ; plus tard, la tumeur n'est plus attachée à la matrice que par un pédicule plus ou moins large qui établit seul la connexion avec le tissu de l'organe qui lui a donné naissance.

6o Les vaisseaux, qui rampent dans le tissu conjonctif interposé entre les faisceaux musculaires, ne pénètrent jamais dans ces faisceaux.

6° Les fibro-myomes utérins peuvent subir trois formes de dégénérescence, *calcaire*, *graisseuse*, et *muqueuse*.

8° Un grand nombre de traitements médicaux ont été opposés aux fibro-myomes utérins. Celui qui paraît avoir donné les meilleurs résultats c'est l'emploi des injections hypodermiques d'ergotine ; mais son efficacité est loin d'être absolue.

9° Les courants continus ont été employés, depuis quelques années, contre les fibro-myomes utérins; mais les médecins qui se sont servi de ce moyen thérapeutique ont fait presque tous de l'électrolyse ; ils ont, comme Ciniselli, utilisé l'action de l'électricité désignée (à tort, selon moi) sous le nom d'action chimique.

10o En soumettant les malades atteintes de fibro-myomes utérins, au traitement par les courants continus, j'ai, au contraire, fait tous mes efforts pour éviter l'action électrolytique de ces courants.

11° Pour désigner la force spéciale empruntée aux courants continus que j'ai utilisée dans le traitement des fibro-myomes, je me suis servi des mots *action électro-atrophique* qui me semblent s'appliquer convenablement à la désignation de cette force spéciale qui provoque l'atrophie des tumeurs, en produisant leur dénutrition.

12o Cette action électro-atrophique ne constitue, à mes yeux, qu'une seule des diverses manifestations de la force électromotrice des courants continus.

13° L'action électro-atrophique des diverses variétés d'éléments servant à produire les courants continus n'est pas en rapport avec l'intensité relative des courants dérivés de ces éléments,

Résumé synoptique des observations de fibro-
cuisse, traités par l'action électro-

	TEMPÉRAMENT.	MENSTRUATION. MÉNOPAUSE.	VARIÉTÉ du FIBRO-MYOME.	DATE de l'apparition de la tumeur.
Mme D..., 32 ans, mariée, un enfant.	lymphatique.	Réglée à 15 ans.	Sous-muqueuse, molle.	2 ans.
Mme Sch..., 28 ans, mariée, 2 enfants.	lymphatique, très-herpétique.	Réglée à 13 ans.	Interstitielle, molle.	3 ans.
Mme V..., 48 ans, mariée, 2 enfants.	sanguin.	Réglée à 13 ans 1/2 ménopause à 45 ans.	Sous-péritonéale, dure	14 ans.
M. Gr..., 30 ans.	nerveux. herpétique.		Fibrome de la cuisse droite, implanté sur le bord interne du droit antérieur	2 ans.
Mme Rey..., 50 ans, mariée, sans enfant.	nerveux herpétique.	Réglée à 15 ans. Ménopause depuis 2 ans.	Sous-muqueuse, molle.	6 ans.
Mme de R..., 48 ans, mariée, un enfant.	lymphatique.	Réglée à 14 ans. Encore réglée.	Interstitielle, molle.	5 ans.
Mme C. D..., 49 ans, mariée, 4 enfants.	très-herpétique.	Réglée à 13 ans. Encore réglée.	Sous-péritonéale, molle.	7 ans.
Mme A. H..., 51 ans, mariée, 3 enfants.	nerveux.	Réglée à 14 ans. Ménopause à 48 ans.	Interstitielle, dure, calcaire.	12 ans.
Mme de M..., 52 ans, mariée, 2 enfants	lymphatique.	Réglée à 12 ans. Encore réglée.	Sous-péritonéale, dure.	3 ans
Mme Th..., 60 ans, mariée, 5 enfants.	lymphatique.	Réglée à 14 ans 1/2 Ménopause depuis 13 ans.	Interstitielle, dure, calcaire.	17 ans.
Mme A. P..., 37 ans, mariée, 2 enfants.	lymphatique.	Réglée à 14 ans.	Sous-péritonéale, molle.	2 ans.
Mme Rob..., 49 ans, 3 enfants.	nerveux, herpétique.	Réglée à 16 ans. Encore réglée.	Sous-muqueuse, molle.	7 ans
Mme Per..., 56 ans, mariée, un enfant.	lymphatique.	Réglée à 13 ans 1/2 Ménopause depuis 7 ans.	Interstitielle.	12 ans.

(1) Le diamètre vertical est calculé sur une ligne partant de la symphise d
diamètre horizontal est pris au niveau de la plus grande largeur de la tumeur.
femmes que j'ai eues à traiter peuvent être évalués, à 7 centimètres pour

myomes utérins et d'un cas de fibrome de la atrophique des courants continus.

DIAMÈTRE DE LA TUMEUR (utérus compris) (1). Vertical.	horizontal.	NOMBRE des séances.	EMPLOI des courants avec interruptions réglées.	OBSERVATIONS SPÉCIALES.	RÉSULTATS.
0,23 cent.	0,22 cent.	85	Dans les dix dernières séances.	Hémorrhagies considérables.	Complet.
0.23 cent.	0,19 cent.	102		Hémorrhagies. Troubles de la circulation et des fonctions digestives par compression.	Complet.
0,29 cent.	0,25 cent.	107	A diverses reprises, dans le cours du traitement.	Troubles de la circ. et des fonct. digest. Œdème des memb. infér.	Complet.
0,09 cent.	0,07 cent.	170	Interruptions réglées pendant une vingtaine de séances à la fin du trait.	La tum. causait des doul. vives et une gêne cons. pend. la marche.	Complet. Disp. absolue de la tumeur.
0.18 cent.	0,30 cent.	45	Interruptions réglées dans les cinq dernières séances.	Hémorr. consid. arrêtées dès le début du trait.	Rés. pres. comp. La mal. qui m'a été adress. par le Dr Boureau est encore en trait.
0,27 cent.	0,32 cent.	83	Pas d'interrup. Réglées.	Idem.	A la fin du trait. les diamètres n'étaient plus que 0,17 sur 0,21
0,25 cent.	0,29 cent	92	Idem.	Sympt. de comp. Troubles de la circulat. Œdème des memb. infér.	Idem. 0,19 sur 0,21
0.24 cent.	0,23 cent.	97	Idem.	Id. sans œdème des memb. infér.	0,18 sur 0,15
0,22 cent.	0,18 cent.	46	Idem.	Idem.	0,17 sur 0,15
0,34 cent.	0,31 cent.	38	Idem.	Idem.	Pas de résultat appréciable.
0,27 cent.	0,23 cent.	34	Idem.	Idem.	Idem.
0,24 cent.	0,19 cent.	19		Hémorrhagies considérables.	Arrêt comp. des hémorr. dès les prem. séances.
0,30 cent.	0,27 cent.	12		Compr. des org. vois. Hémorr.	Pas de résultat appréciable.

ubis et s'arrêtant à la limite supérieure de la circonférence de la tumeur. Le 'utérus est compris dans ces mesures, et ses diamètres normaux, pour les iamètre vertical, et à 4 cent. et 1/2 pour le diamètre horizontal.

intensité constatée par le galyanomètre multiplicateur. Elle me paraît même être en raison inverse de cette intensité.

14° Après bien des essais, je me suis arrêté à l'emploi des courants continus produits par les éléments de Daniell (pile au sulfate de cuivre, eau acidulée, zinc et cuivre) modifiés par Chardin et Prayer. Ces courants sont ceux qui causent le moins de douleur et d'eschares, qui amènent le plus rapidement la dénutrition de la tumeur et qui agissent de la façon la plus énergique et la plus constante.

15° Le modèle d'appareil auquel je donne la préférence est celui qui a été construit par MM. Chardin et Prayer et qui a été adopté pour les hôpitaux de Paris.

16° Pour appliquer le traitement par les courants continus dans un cas de fibro-myome utérin, je place l'électrode positive sur le col et l'électrode négative sur la partie de la paroi abdominale qui correspond au fond de la tumeur, et, successivement, sur divers points de sa circonférence.

17° Chaque application a une durée de dix à quinze minutes.

18° Je n'emploie habituellement que quinze à vingt éléments de Daniell modifiés, de l'appareil Chardin et Prayer; je n'ai atteint que dans un seul cas le nombre de vingt-cinq.

19° Quelles que soient les précautions prises, il est à peu près impossible d'éviter les eschares au pôle négatif. Quant à la douleur, elle est parfois assez vive; mais jamais insupportable.

20° Dans quelques cas, mais toujours lorsque la régression de la tumeur est déjà manifeste, il est bon d'employer les renversement brusques du courant, opérés à plusieurs reprises pendant une même séance.

21° Les interruptions réglées du courant continu peuvent aussi donner de bons résultats, à une période déjà avancée du traitement.

22° Un des premiers et des plus constants effets de ma méthode c'est la cessation des hémorrhagies.

23° Dans le cas où les hémorrhagies viennent, plus tard, à se reproduire pendant le cours du traitement, elles sont presque

toujours accompagnées de l'expulsion de fragments du fibro-myome. (Il va sans dire qu'il s'agit, dans ces cas, de la variété des myomes sous-muqueux.)

24° Ce n'est guère qu'après une vingtaine de séances que l'on peut constater avec certitude la diminution du volume de la tumeur.

25° Lorsque j'ai obtenu, par ma méthode, la disparition complète de la tumeur, c'est-à-dire la guérison absolue, cela a toujours eu lieu après un nombre de quatre-vingts à cent séances.

REVUE DE LA PRESSE

BLENNORRHAGIE DE L'UTÉRUS

MÉTRITE MUQUEUSE BLENNORRHAGIQUE (1)

Par le Dr Ch. Rémy,
Chef du laboratoire d'histologie de la Charité.

Sous ce titre, je donne le résultat d'observations prises à l'hôpital de Lourcine pendant mon internat (1874), sous la direction de M. le docteur Lancereaux, maître qui m'a donné des conseils avec une bienveillance toute particulière.

La blennorrhagie de l'utérus est connue depuis longtemps. Daran, en 1756, avait déjà constaté, à l'aide du spéculum, des lésions utérines pendant la blennorrhagie. Lagneau, Fabre, Ricord, Vidal en ont parlé, mais en la mentionnant plutôt qu'en la décrivant; ils l'ont laissée sur un plan secondaire, et Ricord, en particulier, attribuait à l'ovarite, qui n'existe pas dans ce cas, les symptômes de la métrite blennorrhagique. Belhomme et Martin, Melchior Robert, Fournier ont imité leur maître. Cullerier représente le col utérin versant une goutte de pus. La première observation avec nécropsie fut donnée par Mercier. A la suite, Hardy, Bernutz, Gallard, Rollet, Jullien ont ajouté quelque chose à la connaissance de cette maladie. M. le docteur Guérin a décrit une métrite muqueuse blennorrhagique. Néanmoins, cette affection n'est pas encore acceptée d'une manière définitive, puisque, en 1878, Grunewaldt ayant donné, devant l'Académie de Saint-Pétersbourg, une description de la blennorrhagie de l'utérus qui ressemble beaucoup à la nôtre, rencontra une vive opposition.

(1) Travail extrait de la *Gazette médicale de Paris*, nos 1, 5 et 6, 1879.

Nous chercherons dans ce travail à montrer les lésions anatomiques, les symptômes de cette forme de blennorrhagie, en insistant sur le diagnostic et le pronostic, qui peuvent être d'une grande importance au point de vue de la contagion.

Daran, *Gonorrhée*. 1756.

Lagneau, *Blennorrhagie* (Dict. de 1821).

Fabre, *Blennorrhagie* (Dict. de 1840).

Ricord, *Gaz. des hôpit.*, 1846. *De la blennorrhagie chez la femme.*

Gallard, *Leçons sur les maladies des femmes.*

Guérin.

Bernutz et Goupil, *Maladies des femmes.*

Von Grunewaldt, *Uber die chronische metritis mit zahrem secret* (*Saint-Petersburg, medic. Zeitschrif*, t. V, p. 483, analysé dans la *Revue de Hayem*, 1878).

CAUSE. — La blennorrhagie de l'utérus résulte du contact du muco-pus blennorrhagique avec la muqueuse de ses cavités. Elle peut se produire primitivement, avant qu'aucune autre partie des voies génitales soit atteinte. C'est ce que prouve, en particulier, une observation de M. le docteur Hardy (*Gaz. des hôpit.*, 1846, p. 426); il a vu à Lourcine une jeune fille qui fut atteinte d'un écoulement purulent de l'utérus après des rapprochements suspects, et qui, au bout de quelques jours de cet écoulement utérin, fut prise de vaginite blennorrhagique. Il considérait ce cas comme un exemple de contagion directe et primitive de l'utérus. Plus récemment, Rollet (DICT. ENCYCLOP., *Blennorrhagie*) incline à penser que la blennorrhagie de l'utérus est souvent primitive, et il en donne des explications.

Mais, en général, l'affection utérine est secondaire à une vaginite blennorrhagique. Elle débute dans le premier mois de l'affection vaginale.

Je ne puis dire par quel mécanisme se fait cette extension de la blennorrhagie du vagin dans l'utérus. Elle peut être le résultat d'une inoculation directe, puisque l'ouverture du col utérin baigne dans le pus, ou bien elle peut être le résultat

d'une propagation de l'inflammation par continuité de tissus. Une opinion depuis longtemps admise, bien que la preuve anatomique n'ait jamais été faite, c'est que l'extension de l'inflammation se fait par les réseaux lymphatiques. A. Bonnière (*Archives générales de médecine*, 1874, p. 404) a de nouveau appelé l'attention sur cette lymphangite, mais il faut malheureusement constater que cet auteur a placé ses réseaux lymphatiques dans le tissu épithélial que tout le monde sait être absolument dépourvu de vaisseaux.

La blennorrhagie de l'utérus est fréquente. C'est ce qu'ont écrit les syphiliographes Ricord, Vidal, etc., et, dernièrement, Rollet (*Dict. encycl.*). D'après l'impression générale qui m'est restée depuis mon séjour à l'hôpital de Lourcine, les femmes blennorrhagiques seraient atteintes de cette lésion utérine dans la proportion de 3 sur 5. Cependant, je n'ai produit qu'un petit nombre d'observations dans ce travail. Cette espèce de contradiction s'explique parce que, voulant montrer avec évidence la lésion utérine spéciale à la blennorrhagie, j'ai choisi les cas où je pouvais observer des utérus de filles jeunes, nullipares, non encore déformées par une longue débauche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'anatomie pathologique de cette affection est incomplète. On ne connaît qu'un petit nombre de nécropsies, et la lésion n'a jamais été examinée au microscope. Le premier fait bien observé est dû à Mercier. Recueilli à l'époque où l'enseignement brillant de Ricord avait attiré l'attention de tous sur les maladies vénériennes, il présente une grande valeur. Par sa publication, l'auteur voulait montrer de quelle importance était la blennorrhagie comme cause de stérilité; en deuxième lieu, prouver que l'ovarite décrite par Ricord n'existe pas. Mais incidemment, il a décrit avec précision les lésions d'une métrite blennorrhagique aiguë, lésions portant sur la muqueuse du corps et du col de la matrice, ce qui confirme la justesse du titre de métrite muqueuse sous lequel M. Guérin a décrit cette affection.

Nous reproduisons l'observation de Mercier.

Observation I. (Mercier.) — *De la transmission de la blennorrhagie de la femme au péritoine par les trompes. De l'oblitération du pavillon et de la stérilité qui en sont la suite.* (*Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 432; *Revue médicale*, 1843-63, p. 344.)

Il s'agit, dans cette observation, d'une fille de 19 ans, qui, affectée de blennorrhagie depuis quelques semaines, fut prise des prodomes d'une fièvre typhoïde. Pendant ce temps, une douleur intense se manifesta tout à coup vers le bassin, une application de 40 sangsues amena l'amélioration, mais la fièvre typhoïde ayant, malgré cela, poursuivi son cours, la mort survint au bout d'un mois. Voici ce que nous trouvâmes à l'autopsie.

Dans le canal digestif, il existe environ soixante ulcérations, à différents degrés.

Face interne des grandes lèvres, rouge et boursouflée, à gauche surtout; elles sont excoriées çà et là. Les nymphes sont couvertes de granulations serrées de la grosseur de petites têtes d'épingles.

La vessie, très-petite, contient un peu d'urine puriforme. La membrane interne est rosée, surtout aux environs des uretères et de l'orifice uréthral. La partie inférieure de l'urèthre jusqu'à 3 lignes environ offre une teinte rouge uniforme très-foncée. Plus haut, ce canal ne présente plus que des taches rouges assez nombreuses.

Le vagin, depuis la vulve, jusqu'à un pouce et demi de hauteur, a une teinte rouge uniforme très-foncée. Dans cet endroit aussi les rides transversales sont plus prononcées que de coutume, surtout en avant, où l'on voit de petites saillies serrées et semblables à des végétations. Plus haut, la teinte rouge est bien moins foncée.

Le col de l'utérus est un peu plus rouge que la partie du vagin qui l'entoure; son ouverture, qui est une fente transversale assez large, indique que cette femme a été mère. La cavité du col a une couleur rouge presque violette. Le tissu de la matrice n'est pas enflammé, mais sa membrane muqueuse est d'une couleur lie de vin très-prononcée. L'inflammation se continue dans les trompes, qui ne sont pas oblitérées du côté de la matrice. La cavité de ces diverses parties contient du mucus puriforme assez abondant; on n'y trouve point d'ulcérations.

Dans toute l'étendue de l'abdomen, excepté dans le petit bassin, le péritoine est parfaitement sain. Les intestins ne nous ont pas présenté la moindre perforation, d'ailleurs le péritoine à leur surface n'offrait

aucune altération; mais dans le cul-de-sac vésico-utérin, en bas de la face postérieure de la vessie et sur la face antérieure de la matrice, existaient des fausses membranes rougeâtres, molles, granuleuses, minces et faciles à détacher. Dans le cul-de-sac utéro-rectal le péritoine est également enflammé, livide çà et là et recouvert d'adhérences filamenteuses qui s'étendent de la matrice au rectum. Des adhérences filamenteuses également recouvraient les ligaments larges, les ovaires et les trompes, à tel point qu'on ne peut retrouver les franges de la gauche qui, ainsi, est oblitérée; malgré les adhérences nombreuses qui entourent le pavillon droit, sa cavité communique encore avec le péritoine.

D'autres observations de blennorrhagie occupant l'utérus se trouvent dans le savant livre de Bernutz et Goupil (*Maladies des femmes*, t. II, p. 13). Une fille de 18 ans fut prise, le douzième jour d'une blennorrhagie, de pelvi-péritonite à laquelle elle succomba; l'utérus, les deux trompes étaient enflammés (t. II, p. 476). Péritonite par propagation d'une blennorrhagie à l'utérus et aux trompes.

Tardieu en a donné une dernière (*Gaz. des hôp.*, 4 décembre 1873). Fille de 16 ans, vaginite durant depuis trois semaines; mort par péritonite. A l'ouverture du corps, on trouva une métrite de la muqueuse de l'utérus avec suppuration : les trompes étaient remplies de pus.

Il ressort de ces observations que la muqueuse de l'utérus peut être atteinte par la blennorrhagie ; qu'elle est atteinte dans toute son étendue, la lésion occupant jusqu'à la muqueuse des trompes et enfin que la muqueuse seule est atteinte indépendamment du muscle utérin.

L'altération de la muqueuse, qui peut être appreciée à l'œil nu, consiste dans une vascularisation excessive, avec tuméfaction, dépolissement, et dans l'apparition d'une modification dans la sécrétion qui est plus abondante et mélangée de pus.

Le Dr Tarnowski (de Saint-Pétersbourg, 357. *Ueber venerische Krankheiten*, Berlin, 1872) a cru pouvoir établir comme une loi que l'inflammation blennorrhagique diminue d'intensité à mesure qu'elle s'éloigne de son point de départ. La dé-

croissance de l'inflammation du vagin à l'utérus, et de l'utérus aux trompes, annoncée par le professeur russe, n'existe pas dans les observations précédentes.

Lorsque la blenorrhagie a duré longtemps, elle se localise; quelquefois elle donne lieu à l'apparition de fongosités de la muqueuse du col utérin qui dilatent sa cavité, de polypes résultant des oblitérations glandulaires. Il n'est pas certain que la blennorrhagie détermine le rétrécissement du canal utérin. Les oblitérations connues sont attribuées aux traitements par les caustiques.

Il me resterait encore à décrire, dans ce paragraphe, les altérations du museau de tanche, mais en raison de ce qu'elles font partie des signes de l'affection visibles pendant la vie, je renvoie la description à l'article *Symptomatologie*.

Telles sont les lésions de l'utérus, mais je ne puis m'empêcher de parler de ses annexes, et principalement de la trompe avec la complication redoutable à laquelle elle donne lieu souvent, la péritonite. Tant que la blennorrhagie reste confinée dans l'utérus, la muqueuse seule est malade, et le péritoine est protégé par toute l'épaisseur du muscle utérin. Dans la trompe, il n'en est plus de même. Son pavillon s'ouvre directement dans le péritoine, et dans toute la longueur de son canal, la muqueuse n'est séparée du péritoine que par de minces faisceaux musculaires. Aussi la propagation d'une inflammation quelconque de la muqueuse tubaire se fait-elle avec une grande facilité à la séreuse péritonéale.

L'ovaire, dans la blennorrhagie, reste intact, quoi qu'en ait dit Ricord. S'il est quelquefois malade, c'est à cause de la péritonite qui fait suite à l'inflammation de la trompe.

Je n'insisterai pas sur les lésions de la trompe dans la période d'acuité de la blennorrhagie; la muqueuse est congestionnée; il y a boursouflement, sécrétion plus abondante, suppuration. Puis le péritoine se prend, de fausses membranes se déposent, des adhérences se produisent, souvent la lésion reste limitée au petit bassin, c'est ce qu'a décrit M. Bernutz, sous le

nom de pelvi-péritonite, mais aussi quelquefois la péritonite se généralise et devient suppurée, mortelle.

Les lésions tardives des trompes, lésions consécutives, me semblent mériter un plus grand intérêt. Il est fréquent de trouver, à l'ouverture du corps des prostituées, les trompes déviées, adhérentes à la face postérieure de l'utérus, oblitérées par place, dilatées par l'accumulation du mucus entre deux strictures; vraisemblablement, ces lésions sont le résultat de vieilles blennorrhagies.

Mercier partage cette manière de voir. A côté de son observation de métrite aiguë et d'altération aiguë des trompes, il a placé la relation de quelques cas dont voici un spécimen :

Morgani. Epist. XIX, art. 16. — Courtisane qui mourut pendant les manœuvres de sa profession : *Tubarum altera cum altero ovarii extremo habebat suam ultimam partem connatam : hæc autem erat in utraque prorsus occlusa ut neque orificium neque fimbricæ utquam apparerent.*

Epist. XXVI, art. 16. — Autre exemple d'oblitération des trompes chez une courtisane.

Walter (*De morbis peritonei*) a, de même, remarqué la fréquence de ces lésions sur les filles publiques. Bernutz rapporte plusieurs cas d'adhérences semblables à la suite de la blennorrhagie. Nous-même, nous avons eu l'occasion d'en voir trois cas à l'hôpital de Lourcine. Une fois, entre autres, la trompe gauche, dilatée en boudin tordu par accumulation de liquide muco-purulent visqueux, était accolée à la partie postéro-latérale de l'utérus, descendait dans le cul-de-sac recto-utérin, et la tumeur qu'elle formait était appréciable au doigt introduit dans le vagin. Dans un second cas, chez une fille de 24 ans, prostituée, qui mourut tuberculeuse, les trompes adhéraient à l'utérus et aux ovaires, elles avaient leurs parois épaissies et leurs cavités étaient dilatées par du muco-pus visqueux. Le troisième a trait aussi à une courtisane morte tuberculeuse. Utérus petit, kyste des deux trompes. La trompe gauche est transformée en un kyste pyriforme, du volume d'un œuf de poule, contenant un liquide très-albumineux; l'ovaire était in-

tact. A droite, la trompe est dilatée et forme un kyste du volume du poing au niveau de l'ovaire, qui est aplati à la circonférence de la tumeur. On trouvera dans la thèse de M. Siredey (1860, *Périmétrite*), dans celle de notre ami le docteur Seuvre, nombre de faits venant à l'appui de nos descriptions.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Septicémie puerpérale. — Après avoir discuté les questions relatives à la septicémie chirurgicale, au pansement des plaies et à la théorie des germes appliquée à la chirurgie, l'Académie a abordé l'étude de la septicémie puerpérale.

C'est une importante communication de M. Hervieux qui a ouvert cette partie de la discussion. Dans son mémoire lu dans la séance du 11 mars, le savant obstétricien combat la théorie des germes appliquée à la septicémie puerpérale. Suivant lui, cette septicémie serait à peu près exclusivement d'origine interne, et les proto-organismes connus : vibrions, bactéries, bâtonnets, corps mouvants, seraient impuissants à l'expliquer.

D'après la théorie de M. Pasteur, les germes existant partout, dans l'air, l'eau, les aliments, etc., toute accouchée, où qu'elle soit, d'où qu'elle vienne, devrait être une proie facile offerte à la cohorte des êtres microscopiques, car l'empreinte placentaire est là avec le sang qui la baigne, avec ses produits de sécrétion si prompts à s'altérer, avec ses émanations fétides, en un mot, avec les conditions les plus propices à l'invasion des éléments figurés. Ainsi, le territoire à envahir et l'ennemi qui le menace sont partout les mêmes. Et pourtant il est telle localité où le chiffre des victimes est annuellement énorme, telle autre où ces désastres sont depuis longues années à peu près complètement inconnus.

Il est, en province, de nombreuses communes où, malgré les conditions physiques et morales les plus défavorables pour les nouvelles

accouchées, l'accouchement est chose simple, naturelle, exempte d'accidents graves, où les suites heureuses sont la règle et la septicémie puerpérale la très grande exception.

A Paris même, où les épidémies puerpérales ont atteint des proportions si terribles, qui ne sait que la pratique de la ville, comparée à la pratique hospitalière, ne fournit qu'une très-faible mortalité, même dans les quartiers les plus misérables ?

Il résulte de ces considérations, suivant M. Hervieux, que les vibrions qui, dans la théorie des germes, menacent toute existence et, par conséquent, celle de la femme en couche, dans tous les temps et dans tous les lieux, ne réussissent réellement à la compromettre ou à la détruire que dans certaines circonstances. On sait que la septicémie puerpérale peut atteindre les sages-femmes et le personnel des maternités.

Est-il bsoin de rappeler ici les faits rapportés par Paul Dubois, Danyau, Voillemier, M. Depaul, M. Tarnier, faits relatifs à des élèves sages-femmes qui succombèrent à la suite de péritonites contractées en soignant les femmes en couche de nos infirmeries. M. Hervieux a eu, lui aussi, la douleur de voir quatre de ses élèves périr de la même manière. Mais il appelle l'attention de l'Académie sur les conditions dans lesquelles la maladie a été prise : 1° Ce fut dans la période de 1861 à 1864, c'est-à-dire, à l'époque de nos épidémies les plus violentes; 2° ces faits se sont passés antérieurement aux modifications introduites dans le service de santé, et qui consistèrent, entre autres choses, dans la séparation du personnel des accouchées valides et de celui des accouchées malades, et dans l'interdiction absolue des infirmeries aux élèves sages-femmes. Depuis cette époque, c'est-à-dire, depuis plus de quinze ans, il n'a plus observé un seul cas de ce genre. Dans ce long intervalle, il n'a eu à déplorer parmi ses élèves que deux morts, l'une par scarlatine, l'autre toute récente par fièvre typhoïde.

Les effets toxiques du miasme puerpéral ne se sont pas bornés aux élèves sages-femmes. D'autres personnes affectées au service des infirmeries ont subi cette fâcheuse influence. Deux de ses surveillantes ont été atteintes d'arthrites graves du genou, arthrites que le séjour permanent de ces dames au milieu des malades pouvait seul expliquer.

Enfin s'il lui était permis de se citer comme exemple de ces intoxications, il dirait que pendant les quatre premières années de son exer-

cice à la Maternité, il a été trois fois atteint d'arthrite rhumatismale aiguë, la première fois à la hanche, la seconde à l'épaule et la troisième fois au genou. Cette dernière atteinte, qui a eu lieu en 1864, l'a retenu six mois au lit. Depuis lors, il n'a jamais éprouvé aucune manifestation rhumatismale. Il attribue la cessation complète de ces accidents à l'amélioration survenue à dater de ce moment dans notre état sanitaire.

Pas plus que nos élèves sages-femmes, pas plus que nos surveillantes, il ne croit avoir favorisé par une effraction quelconque la pénétration dans son organisme des vibrions et des bactéries, et il incline fortement à penser que le miasme puerpéral n'a rien de commun avec ces êtres microscopiques. M. Hervieux se résume ainsi :

1° Contrairement aux proto-organismes qui sont répandus partout dans la nature, et qui paraissent en somme bien inoffensifs, puisque nous vivons au milieu d'eux sans en être incommodés, le miasme puerpéral ne se plaît, ne prospère et n'exerce guère son action que dans certaines localités très-circonscrites.

2° Tandis que les proto-organismes auraient besoin, suivant les partisans de la théorie des germes, d'une solution de continuité pour s'introduire dans l'économie, le miasme puerpéral ne connaît aucune barrière épithéliale. Il atteint la femme enceinte, le nouveau-né et même le fœtus tout aussi bien que la femme en couche. Il a même le pouvoir de sévir sur des sujets placés en dehors de l'état puerpéral.

Il y aurait donc de grandes chances pour que le miasme générateur de la septicémie puerpérale ne fût point un vibrion. Ce serait en tout cas un vibrion d'une nouvelle espèce, dont les caractères, la nature et la constitution physiques auraient besoin d'être déterminés. Mais, faut-il l'avouer, j'ai une peur terrible, une peur dont je ne puis me défendre et que l'Académie comprendra, c'est celle de mourir avant qu'on ait découvert ce vibrion-là.

La communication de M. Hervieux fournit à M. Jules Guérin une occasion de reproduire les théories qu'il avait émises à plusieurs reprises en 1846, en 1858 et en 1868 devant l'Académie de médecine sur la fièvre puerpérale. L'auteur qui a considéré la plaie utéro-placentaire comme susceptible de se présenter dans deux conditions et sous deux formes très-différentes : dans la condition d'une plaie *fermée* à l'air lorsque l'utérus est revenu sur lui-même, et dans la condition d'une plaie *exposée* lorsque ce retrait n'a pas lieu. Dans le pre-

mier cas, la plaie utérine représente une plaie *sous-cutanée*, c'est-à-dire soustraite au contact de l'air et ne suppurant pas; dans le second cas, c'est une plaie *ouverte*, soumise au contact de l'air et qui suppure. Mais les liquides qui baignent la plaie utérine, sang, caillots, lochies, — retenus dans un espace confiné et d'une origine spéciale, se putréfient facilement. Résorbés par les vaisseaux ouverts à la surface de la plaie ou entraînés à travers les trompes dans la cavité abdominale, ils sont susceptibles de donner lieu à tous les accidents de la septicémie puerpérale.

Sa conclusion pratique était : 1° qu'il fallait, après l'accouchement, favoriser le retrait de l'utérus à l'aide du seigle ergoté; 2° éviter la stagnation des liquides utérins; 3° que, dès les premiers symptômes de la maladie, il fallait recourir aux injections et aux moyens de prévenir ou de combattre, par l'aspiration, la résorption des liquides putréfiés.

Telle est la doctrine qu'il a exposée dès l'année 1858. Cette doctrine, il la croit plus que jamais parfaitement fondée; et, plus que jamais, il la croit susceptible de sauver un grand nombre de nouvelles accouchées. Il a été fortifié dans cette conviction par l'accueil qu'ont reçu ses idées en Italie, en Allemagne et en Belgique. A Paris, bon nombre d'accoucheurs les mettent en pratique; et pour n'en citer qu'un, mais un des plus distingués. M. le Dr Campbell, il croit être autorisé à déclarer que cet habile praticien n'a pas cessé d'administrer à toutes ses accouchées le seigle ergoté, aussitôt après leur délivrance. Depuis qu'il a adopté cette pratique, M. Campbell n'a vu survenir aucun cas d'accident puerpéral.

C'est M. Depaul qui, par une réponse vive et même un peu sarcastique s'est chargé de réfuter les théories de M. Guérin sur la fièvre puerpérale.

M. Depaul a réfuté un à un non-seulement les arguments contenus dans la communication que nous venons de reproduire, mais encore ceux qui avaient été produits à la tribune de l'Académie en 1858 et en 1868.

« La matrice d'une femme nouvellement accouchée, disait M. Guérin, se contracte, *se plisse sur elle-même*, de telle sorte qu'au bout de trois ou quatre jours, lorsque cette rétraction n'a pas eu lieu, la fièvre puerpérale survient nécessairement. » Telles étaient les conclusions de M. Guérin. On lui fit observer que ceci était contraire à l'obser-

vation journalière, et tous nos collègues d'alors protestèrent énergiquement, ainsi que M. Depaul.

La raison de l'erreur de M. Guérin s'explique parce qu'il n'est pas obstétricien, ce dont il convient lui-même. Depuis quarante ans, M. Depaul a examiné avec M. Dubois le globe utérin, pour savoir ce qu'il devenait après l'accouchement, et il a noté avec soin la hauteur qu'il avait dans le bassin. Dans la conception étiologique qu'il a publiée, M. Jules Guérin prouve qu'il ne connaît pas la question au point de vue clinique. Ainsi, par exemple, M. Guérin dit que, lorsque l'utérus n'est pas rentré dans l'excavation pelvienne au bout de quatre jours, ses parois restent béantes, et la malade prend nécessairement la fièvre puerpérale ; M. Depaul affirme que, 99 fois sur 100, l'utérus des femmes récemment accouchées ne se trouve pas dans les conditions indiquées par M. Guérin, c'est-à-dire qu'il n'est pas rentré dans la cavité pelvienne au bout de trois jours ; et cependant ces femmes n'ont pas la fièvre puerpérale ; il ajoute que depuis dix-huit mois il n'a pas eu de fièvre puerpérale dans son service. Lorsque M. Richet était à côté de lui à la Clinique, il accusait M. Depaul de l'infecter, mais l'accusation était retournée à son auteur, probablement avec raison, puisque, depuis que le service chirurgical est supprimé, il n'y a plus de fièvre puerpérale dans le service obstétrical. C'est au point que le garçon d'amphithéâtre de la Clinique se plaint de n'avoir rien à faire.

M. Jules Guérin avait dit, dans son pli cacheté, qu'on pouvait sans inconvénient ponctionner la cavité péritonéale, y injecter du liquide et le retirer. Plus tard, en 1858, il proposa le lavage et les injections de l'utérus ; plus tard enfin, il proposa de pomper, à travers les trompes et le vagin, le liquide de la cavité péritonéale. Il publia, à l'appui de cette pratique, une observation qui a été contestée par le confrère qui avait soigné la malade. D'après sa théorie, le liquide morbide pénétrait dans le péritoine par les trompes, et on l'en retirait de même. Il disait même qu'il avait pu, dans une expérience, faire pénétrer quelques gouttes de liquide dans les trompes par des injections ; mais il ne faut pas comparer les manœuvres violentes pratiquées avec les appareils de M. Jules Guérin sur l'utérus d'une femme morte avec les opérations qu'on peut pratiquer sur le vivant. M. Alphonse Guérin a depuis démontré qu'il était absolument impossible de retirer du liquide du péritoine en aspirant par l'utérus.

M. Jules Guérin a du reste des théories spéciales sur la physique.

On se souvient qu'il a voulu parler du *vide relatif* qui existait dans la cavité péritonéale ; il a dit également qu'il existait des gaz dans le péritoine, ce qui est invraisemblable.

M. Depaul pense donc que la pompe, que M. Jules Guérin a fait construire avec tant de soin et tant de frais pour extraire le liquide péritonéal et laver le péritoine, est absolument inutile.

M. Jules Guérin a dit, en outre, que le seigle ergoté empêchait la péritonite et la fièvre puerpérale. Quelle est l'action de ce médicament ? Il augmente la rétractilité de l'utérus et détermine des tranchées utérines qui peuvent avoir des inconvénients. Cet agent provoque également la contraction de l'orifice externe, ce qui est contraire à la théorie, puisqu'il favoriserait plutôt l'entrée des liquides dans le péritoine. M. Depaul a du reste employé sans aucun résultat le seigle ergoté dans les épidémies de fièvre puerpérale.

M. Depaul termine en disant que la théorie de M. J. Guérin ne supporte pas l'examen au point de vue étiologique comme au point de vue pratique.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les arguments mis en avant par MM. Guérin et Depaul ; ils ont été longuement discutés devant l'Académie en 1858 et en 1868, et ils n'apportent aucun élément nouveau à la question qui nous occupe aujourd'hui, c'est-à-dire à l'étude des germes-contages dans leurs rapports avec la septicémie puerpérale.

Le mémoire de M. Hervieux n'avait en effet d'autre but, que de démontrer, par des arguments nombreux et péremptoires, que la fièvre puerpérale était une affection de cause interne à la production de laquelle les vibrions et les bactéries étaient absolument étrangers.

M. Pasteur ne pouvait donc laisser passer inaperçue cette attaque dirigée contre la théorie du germe-contage. S'il n'a pu démontrer avec précision l'existence et la nature du microbe qui engendre la fièvre puerpérale, il pense cependant que les recherches auxquelles ils se livre actuellement lui permettront de montrer prochainement à l'Académie le terrible vibrion. Il croit, en effet, l'avoir rencontré dans les lochies de deux femmes atteintes de fièvre puerpérale. Ce microzoaire se présenterait sous la forme de globules réunis par séries et ayant chacun en moyenne un diamètre de deux millièmes de millimètre. Le sang recueilli au doigt chez une de ces femmes n'offrait que d'une manière douteuse la présence de cet organisme ; mais ensemencé dans un milieu de culture, le sang donna un développement,

sans mélange de microbes d'une autre nature, de ce même organisme, formé de couples de grains ou de chapelets de grains; ayant ensuite examiné les lochies de plusieurs femmes accouchées depuis plusieurs jours et en bonne santé, M. Pasteur n'y a découvert aucun organisme.

Ces faits, quoique n'étant pas assez nombreux et assez précis pour trancher d'une façon définitive la question du germe-contage dans ses rapports avec la septicémie puerpérale, nous paraissent cependant suffisants pour appeler l'attention et pour faire hésiter encore à conclure, avec les accoucheurs, que cette terrible affection n'est jamais d'origine *externe*. Il y sans doute encore beaucoup d'obscurités dans la théorie des germes, mais il y a tout lieu d'espérer qu'elles seront un jour dissipées, et il ne nous paraît pas rationnel d'arguer contre cette théorie des phénomènes qu'elle n'a pu encore expliquer. Quoi qu'il en soit, nous pensons que les recherches doivent être poursuivies dans le sens indiqué par M. Pasteur, c'est-à-dire qu'il faut rechercher les organismes microscopiques de la fièvre puerpérale, avec l'idée qu'ils sont probablement les déterminants de cette terrible affection, dont les symptômes et la marche présentent tant d'analogie avec les autres maladies dont l'origine zymotique est aujourd'hui démontrée.

Développement du cœur chez l'embryon. — Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs la première partie d'un travail de M. Laborde sur le développement du cœur chez l'embryon.

Nous donnons aujourd'hui les conclusions de la deuxième partie de ce mémoire fait en collaboration avec M. Mathias Duval et qui a été communiqué dans la séance du 28 mars :

1° Le tube cardiaque paraît, d'après l'observation physiologique, être creusé de très-bonne heure, sinon tout à fait dès le début de sa formation, d'une cavité dans laquelle existe et se meut un liquide incolore, qui sera plus tard le sang.

2° Ce liquide, mis en mouvement par les premières pulsations rhythmiques du cylindre cardiaque, chemine et circule, selon une direction constante déterminée par le sens des contractions elles-mêmes de l'extrémité veineuse du tube vers son extrémité artérielle.

3° A cette période, il ne paraît pas exister encore, au niveau des orifices intra-cardiaques, de disposition spéciale de nature à réaliser leur occlusion; cet office est probablement dévolu aux parois contra-

ctiles du sinus formé par le confluent des veines omphalo-mésentériques.

D'ailleurs, l'espèce de péristaltisme qui préside, à cette époque, aux contractions successives des diverses portions du tube cardiaque, suffit à rendre compte, sans nécessité de tout autre mécanisme spécial, de la progression de ce liquide dans une direction déterminée et constante.

4° L'adaptation du mécanisme fonctionnel des orifices intra-cardiaques aux progrès de la formation et du perfectionnement de l'organe embryonnaire se réalise au moyen d'une *fente mobile*, c'est-à-dire contractile, en bi-entonnoir; pour l'orifice auriculo-ventriculaire, comme pour l'orifice ventriculo-artériel; l'occlusion des orifices respectifs s'opère par la contraction de la portion rétrécie de cette fente, pour empêcher, au moment opportun, le reflux du liquide en circulation.

Du côté de l'orifice bulbo-aortique, les bourgeons d'origine des valvules sygmoïdes, et, du côté de l'orifice auriculo-ventriculaire, les plis ou plicatures qui paraissent constituer les linéaments de la valvule auriculo-ventriculaire concourent pour leur part, à cette phase de transition, à assurer et parfaire le mécanisme fonctionnel d'occlusion des orifices.

5° Le fonctionnement exceptionnellement précoce du cœur embryonnaire révèle, au milieu du silence fonctionnel des autres organes ou appareils organiques en formation, un rôle dont la réalité et l'importance semblent avoir été jusqu'à présent méconnues; c'est surtout dans le mécanisme de formation parfaite, c'est-à-dire l'adaptation fonctionnelle des vaisseaux sanguins et de l'appareil entier de la circulation, que paraissent nécessaires l'intervention et le concours actifs du cœur en mouvement, quelle que soit d'ailleurs la théorie que l'on adopte pour cette formation.

Le mémoire de M. Laborde a été très-bien accueilli par l'Académie et il constitue un des meilleurs titres de notre confrère à l'appui de sa candidature dans la section d'anatomie et de physiologie.

A. Lutaud.

(*Séances du* 11, *du* 18 *et du* 2 *mars.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité élémentaire de chirurgie gynécologique (1), par le Dr A. Leblond, médecin-adjoint de Saint-Lazare, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*. — Le volume de 660 pages que vient de faire paraître le Dr Leblond est divisé en trois parties.

La première partie qui a pour titre: *Exploration des organes génitaux*, est consacrée à l'étude, à la description, à la représentation de tous les instruments, procédés, méthodes employés dans le but de renseigner le chirurgien sur l'état des organes génitaux. Dans le premier chapitre sont décrits les instruments que doit contenir une trousse gynécologique, non pas tous les instruments que peut réclamer la pratique de la gynécologie, mais, ainsi que le dit l'auteur, ceux qui sont d'un usage courant et dont l'emploi simple est à la portée de tous les praticiens. Le choix d'un fauteuil à spéculum et la description des différents appareils d'éclairage quelquefois nécessaires au gynécologiste, font l'objet des deuxième et troisième chapitres. Les sept chapitres suivants sont consacrés à l'exploration de l'abdomen (inspection, percussion, auscultation et palpation); au toucher (vaginal, rectal et vésical); à l'examen au spéculum, à l'exploration de la cavité utérine, à la dilatation du col, au cathétérisme de l'utérus et à la mensuration du col de l'utérus.

La deuxième partie, qui a pour sous-titre *Petite chirurgie*, comprend treize chapitres dans lesquels sont étudiés les émissions sanguines *locales*, les injections, irrigations, douches vaginales, les pansements utérins et vaginaux, les pansements vulvaires, la cautérisation du col, la médication intra-utérine, les injections intra-parenchymateuses du col, les ceintures abdominales et hypogastriques, les pessaires, le redressement de l'utérus à l'aide de l'hystéromètre, le cathétérisme de la vessie, la dilatation de l'urèthre et la fécondation artificielle.

Enfin la troisième partie est consacrée à l'étude des opérations proprement dites; opérations qui se pratiquent sur la vulve et le périnée,

(1) Chez H. Lauwereyns, libraire-éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.

sur l'urèthre, sur la vessie, sur le vagin, sur l'utérus, sur les ovaires et sur les tumeurs peri-utérines.

La lecture de cette table des chapitres suffit pour faire pressentir ce que doit contenir ce livre. Sans nous arrêter à critiquer le plan adopté par l'auteur qui, marchant le premier dans cette voie, n'avait pas à suivre tel ou tel modèle ou à s'en écarter, nous nous demanderons de suite si le but qu'il poursuivait a été atteint. Ce but qui se dégage nettement à la lecture attentive de ce traité, a été ainsi défini par le Dr Leblond dans sa préface : « Notre intention en faisant paraître ce livre n'a pas été de fournir un traité contenant l'exposé de toutes les méthodes et de tous les procédés opératoires, employés en gynécologie. Nous nous sommes efforcé de choisir, au milieu de procédés quelquefois nombreux, ceux qui nous ont paru simples et dont l'exécution peut être tentée par quiconque est déjà quelque peu familiarisé avec la pratique de la chirurgie. » Nous n'avons nullement besoin d'insister sur ce qu'avait de louable ce but, certainement le besoin d'avoir réuni dans un seul volume le manuel opératoire, concernant les opérations que le praticien est appelé chaque jour à pratiquer, se faisait vivement sentir, car en France au moins, nous ne possédions rien de semblable. Nous ne pouvons donc sur ce point que féliciter bien sincèrement l'auteur de sa courageuse et laborieuse initiative. Examinons maintenant de quelle façon l'auteur a tracé son cadre et comment il l'a rempli. En s'adressant surtout à la masse des médecins, il a voulu rester sur un terrain solide et pratique, laissant de côté certaines opérations pratiquées presque exclusivement par des spécialistes ou des chirurgiens doués d'une grande habileté et d'une vaste expérience, il a restreint par cela même son cadre et justifié le titre de *Traité élémentaire* qu'il a donné à son livre. Etre utile au plus grand nombre, telle a été sa devise, ici encore nous n'avons que des éloges à lui adresser.

Mais en écrivant les nombreux et importants chapitres de ce volume, l'auteur a-t-il toujours atteint le but qu'il avait si bien défini, c'est ce que nous allons rechercher.

La première partie nous a pleinement satisfait, le praticien après l'avoir lue attentivement sera en mesure de bien examiner une malade, il pourra méthodiquement pratiquer le toucher, le palper, l'examen au spéculum, etc. ; de plus, il saura que si la dilatation du col est nécessaire dans certains cas, de graves accidents peuvent quelquefois en résulter, il n'ignorera pas non plus les funestes consé-

quences qui peuvent survenir à la suite d'un simple cathétérisme utérin. Les contre-indications de ces deux opérations sont bien étudiées et nettement exposées, et nous ne craignons pas de le dire, c'est un grand service qu'a rendu le Dr Leblond en écrivant ces deux articles.

La deuxième partie, relative aux petites opérations, est non moins bien faite au point de vue de l'énumération et de la description des instruments, des procédés à employer. Certes, le médecin qui l'aura étudiée ne sera plus embarrassé pour scarifier, cautériser, irriguer, doucher et redresser les utérus. Et c'est là justement ce que nous déplorons! Les contre-indications, si bien exposées dans la première partie, le sont d'une façon par trop timide dans la deuxième. Au courant de la littérature étrangère, l'auteur n'a pu se défendre d'une certaine faiblesse pour quelques procédés et quelques instruments qui n'auraient pas dû trouver grâce devant lui, qui se montre ordinairement clinicien si prudent. Oui, nous savons qu'en lisant les journaux étrangers, il semble qu'on ne doive reculer devant aucune opération pratiquée sur l'utérus, mais nous savons aussi que les utérus français sont loin de se comporter après certaines opérations comme semblent le faire les utérus étrangers. Aussi nous regrettons que l'auteur n'ait pas parlé seulement des douches utérines employées pour provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, que pour les condamner d'une façon absolue, au lieu de nous dire que « c'est un moyen qui n'expose pas aux mêmes dangers que l'introduction des corps étrangers, » ce qui dans la réalité est absolument le contraire.

Et puis que dire de ces pessaires redresseurs introduits d'une façon permanente dans l'utérus et du redressement de l'utérus, à l'aide de l'hystéromètre!

Il y a là, pensons-nous, dans cette deuxième partie, de nouvelles contre-indications à développer et aussi quelques petits chapitres à supprimer lors d'une prochaine et nouvelle édition.

Peut-être nous trouvera-t-on sévère en formulant un semblable jugement? Aussi nous tenons à expliquer notre pensée. En publiant son *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique*, le Dr Leblond n'a pas seulement donné au monde médical un livre dans lequel on ira étudier la forme d'un instrument et la manière de s'en servir, il a fait bien plus, il nous a doté d'un *Guide* dans lequel le praticien ira chercher tous les renseignements concernant tout aussi bien l'oppor-

tunité et le résultat que le manuel opératoire de telle ou telle opération. C'est donc un livre d'enseignement complet. Dans quel autre livre le médecin pourrait-il aller puiser ces mêmes renseignements? Il ne pourrait le faire qu'en compulsant nécessairement tous nos traités de gynécologie, traités excellents il est vrai, mais qui ne renferment que d'une façon incomplète et dans des chapitres épars, ce qui a trait à la chirurgie gynécologique. Car, il faut le reconnaître, à l'heure actuelle, en France, le jeune médecin sortant des bancs doit lire et beaucoup lire, s'il veut (et presque tous le veulent) se livrer à la pratique des maladies des femmes. Malgré les savantes leçons cliniques faites par plusieurs médecins des hôpitaux et des plus distingués, l'étudiant ne peut posséder aussi bien au point de vue théorique qu'au point de vue pratique qu'un bagage incomplet. Et il en sera ainsi jusqu'au jour où il aura été fait pour la gynécologie, branche si importante de l'art médical, ce qui vient d'être fait avec tant de raison pour l'ophthalmologie, les maladies des enfants, etc., c'est-à-dire lorsqu'une chaire de clinique gynécologique aura été créée à la Faculté. Alors seulement les élèves pourront, en quelques mois, voir réunies dans un même service presque toutes les maladies qu'ils auront à traiter plus tard dans la pratique, ils pourront voir pratiquer toutes ces opérations qu'ils apprennent presque toujours en les pratiquant dans leur clientèle, et surtout ils entendront chaque jour un homme expérimenté discuter le mérite de chaque opération. C'est pour ces raisons que la prudence doit être la première des qualités d'un auteur qui publie un livre sur la chirurgie gynécologique, c'est aussi parce que le Dr Leblond possède amplement cette qualité que nous tenons à lui signaler les quelques chapitres dans lesquels on ne la trouve qu'à dose homœopathique.

La troisième partie, qui a trait aux grandes opérations, bien que présentant quelques lacunes, ressemble à la première au point de vue de l'exposition et ne mérite que des louanges; les opérations en général sont bien décrites, les indications nettement posées et les contre-indications longuement et sagement formulées. Jusqu'ici nous n'avons parlé que du fond même de l'ouvrage, quant à la forme elle ne laisse rien à désirer et du reste les lecteurs des *Annales de gynécologie* connaissent assez les qualités du style de l'auteur pour que nous y insistions; qu'il nous suffise de dire que l'auteur s'est montré plus que jamais écrivain clair, méthodique et didactique.

En résumé, un livre de cette nature ne pouvait être fait que par un

gynécologiste érudit, un clinicien consommé; il l'a été et devient par cela même indispensable à tout médecin s'occupant de gynécologie.

PINARD.

REVUE DES JOURNAUX.

Du décollement manuel de l'arrière-faix et de ses parties restées dans l'utérus, par le Dr MAURICE-SALIN (*Nordiskt medicinskt arkiv*, band. X, n° 20, 1878). — Après un exposé sommaire des opinions modernes sur le développement de la membrane caduque et des changements qui amènent le décollement naturel du placenta, l'auteur démontre que le mode généralement admis pour l'expulsion du placenta n'est nullement naturel mais provoqué par des tractions sur le cordon. Si pendant la délivrance, on s'abstient de mesures qui puissent troubler le détachement du placenta, celui-ci se présente, dans le plus grand nombre de cas, avec un bord dans l'orifice interne de la matrice; ce bord se présente en avant et plié dans un diamètre qui correspond à l'axe longitudinal de l'utérus.

Sur 100 cas observés par l'auteur, le placenta se présentait avec un bord dans 83; dans plus de la moitié des cas observés, le placenta n'était pas renversé dans le sac de l'œuf. Ce mécanisme de la sortie du placenta a été mis en avant par M. Duncan dans les derniers temps, mais il était déjà signalé par Wigand.

L'auteur rend ensuite compte de la méthode du traitement employée à la maison d'accouchements de Stockholm; cette méthode est une modification de celle de Crédé, à savoir: l'utérus est surveillé par la main jusqu'à ce qu'il commence à se contracter spontanément; puis il est frotté légèrement, et, quand les contractions ont atteint leur maximum, il est pressé doucement en bas et en arrière. A chaque nouvelle contraction, la même manipulation est pratiquée jusqu'à ce qu'on se soit convaincu, par la réduction du fond et la réplétion des portions inférieures de la matrice, que le placenta se trouve complétement libre et a pénétré dans le vagin. Alors on ajoute à la pression manuelle une traction légère sur le cordon. L'auteur fait ressortir les avantages que cette méthode possède sur celle de Crédé, principalement en ce sens, qu'on n'a pas à craindre de provoquer des

contractions anormales, ce qu'il a observé plusieurs fois en employant la méthode de Crédé. Cet inconvénient est dû, selon l'auteur, à ce que Crédé s'efforce de provoquer des contractions dans l'utérus immédiatement après l'expulsion, c'est-à-dire à une époque où l'utérus n'est point enclin à se contracter.

L'auteur expose ensuite les causes qui peuvent amener la rétention du placenta. Parmi les premières il place l'*inertie générale et partielle*, — mais seulement dans les cas où le placenta se trouve inséré dans des parties de l'utérus, qui, par le developpement inférieur de la couche musculaire, sont pourvues d'une moindre force de contraction, — les *contractions spasmodiques*, les *anomalies* du placenta et de son *insertion*. L'existence des *adhérences du placenta* est selon lui bien et dûment prouvée par les faits que contient la littérature, et qu'il a observés lui-même. Pourtant il les croit beaucoup plus rares qu'on le prétend généralement ; sur plus de mille accouchements, il ne les a vues que deux fois.

L'auteur est d'avis que le pronostic dans les opérations placentaires n'est point des plus favorables. Il est arrivé à cette opinion en étudiant les données statistiques de la littérature et en observant la marche des cas opérés par lui-même. En effet, aucun de ceux-ci n'a présenté un *puerpérium* normal. Il croit que la source principale du danger se trouve dans l'infection à laquelle les malades sont surtout exposées par ces opérations.

En exposant les indications, parmi lesquelles il admet les hémorrhagies, le renversement de l'utérus quand la réduction est impossible ou le placenta en partie détaché, et l'éclampsie il condamne le principe, assez généralement adopté par les auteurs, de fixer une certaine époque après la fin de laquelle le décollement artificiel du placenta serait permis. En effet, cette époque étant précisée d'une manière différente par la plupart des auteurs, elle ne saurait être que très arbitraire. L'indication vraie dans les cas de cet ordre se trouve, pour l'auteur comme pour Hégar, dans la contraction du col utérin. Mais celle-ci se présente à des époques différentes chez des personnes différentes et ne peut être fixée d'avance. Il faut donc recourir à un examen rigoureux de chaque cas avant de se prononcer. En différant l'opération jusqu'au commencement de la période d'involution, on n'expose pas la malade à un danger plus grand que par l'ajournement à une époque quelconque, mais on a écarté une attente trop prolongée et on s'est assuré que le placenta ne peut être expulsé spon-

tanément. Il croit du reste qu'on peut, par un traitement approprié, amener la sortie spontanée du placenta dans la majorité des cas. Il cite quelques cas dans lesquels le placenta a été expulsé spontanément après plusieurs heures d'attente.

Enfin l'opération se trouve parfois indiquée par la disposition morale des malades, la crainte qu'elles éprouvent de ce que le travail n'est pas achevé, appréhension qui peut causer des complications graves.

La description des procédés opératoires ne contient rien de nouveau; l'auteur n'attache aucune importance au choix de la main. Il préconise le chloroforme ; il n'en a jamais observé de suites fâcheuses. Dans le plus grand nombre de cas, il est impossible de procéder selon la méthode de Hildebrant, c'est-à-dire de faire protéger la main pendant le décollement par les membranes en forme de gant.

On doit détacher et amener au dehors les débris du placenta restés dans l'utérus, aussitôt qu'on s'est assuré de leur présence. Le décollement étant plus facile immédiatement après le part, on ne doit jamais négliger l'inspection minutieuse de l'arrière-faix pour s'assurer de son intégrité.

Par contre l'auteur n'admet pas que des débris de membranes restés dans l'utérus fournissent une indication pour l'opération. Il cite en détail 44 cas dans lesquels des membranes ont été laissées, sans que dans aucun d'eux des symptômes graves se soient montrés. Dans 27 cas la marche du *puerperium* fut entièrement normale. La méthode de Martin et Benicke, c'est-à-dire l'introduction de la main dans l'utérus immédiatement après le part et pendant l'anesthésie chloroformique pour décoller les membranes, doit donc être rejetée. La cause de la rétention des membranes est le plus souvent due à des efforts intempestifs pour éloigner l'arrière-faix. Il s'en suit qu'on doit toujours agir avec précaution, et si l'on trouve que les membranes ne suivent pas facilement, il vaut mieux en faire la ligature, les séparer complément du placenta et les laisser en place. Après quelques heures, elles sortent d'une manière spontanée; si elles ont été déchirées et retenues dans la cavité utérine, elles sont désagrégées et sortent avec les lochies. En ce cas, on en doit prévenir la décomposition par des injections antiseptiques.

Cet important mémoire est accompagné d'un grand nombre de faits et d'observations qui lui donnent une grande valeur pratique.

A. Lutaud.

De la stérilité et de son traitement, par le Dr W. WATHEN, de Louisville. (*Transactions of the Kentucky state medical society*, 1877.)

Dans cet intéressant mémoire, qui contient un exposé très-lucide des questions scientifiques relatives à la stérilité, M. Wathen examine d'abord le phénomène physiologique de la conception, et s'appuie sur ce fait, à savoir que l'imprégnation ne peut avoir lieu que lorsque le spermatozoïde vivant se trouve en contact avec un ovule sain, et que cette rencontre doit avoir lieu soit dans l'utérus, soit dans les tubes de Fallope, soit enfin dans les ovaires. Il est donc rationnel d'admettre que toute influence qui s'oppose au contact du spermatozoïde et de l'ovule, est une cause de stérilité.

L'auteur pense que la cause la plus active consiste dans une obstruction mécanique d'un point quelconque du passage qui s'étend de la vulve aux extrémités fibrillées des trompes de Fallope. Cette obstruction ne peut, en général, disparaître que par des moyens chirurgicaux, lorsque sa nature et son siége ne la rendent pas incurable.

Voici dans quel ordre M. Wathen classe ces obstructions :

1° Obstructions siégeant à la vulve ou *ostium vaginæ* ;

2° Obstruction siégeant dans le vagin ;

3° Obstructions siégeant à l'orifice externe du col utérin ou dans le canal cervical ;

4° Obstructions résultant d'une obstruction ou d'un déplacement du col ;

5° Obstructions résultant d'un déplacement de l'utérus.

Afin de rendre son travail plus complet, l'auteur fait entrer dans son cadre étiologique les cas dans lesquels le vagin est incapable de retenir la semence, quoique ces cas ne puissent figurer parmi les obstructions.

Ce mémoire très-court, mais très-substantiel, contient en outre une analyse des principales théories qui ont été émises sur la stérilité. Il sera utilement consulté par tous les praticiens qui s'occupent de cette importante question.

Dr LUTAUD.

Dans un article intitulé ; l'**Opération césarienne dans l'État de New-York**, et dont le but est de réhabiliter l'opération césarienne que la nouvelle *laparo-hystérotomie* prétend devoir remplacer, le Dr Harris de Philadelphie, dit que les résultats déplorables qu'à donnés cette opération viennent des conditions dans lesquelles elle a été exécutée ; il insiste surtout ce qu'on l'a fait en général trop tard. Il affirme que « si on la pratiquait peu d'heures après le début « du travail, on pourrait espérer que la proportion des mères et des « enfants serait de 7 p. 0/0. » C'est le résultat statistique donné par Pihan Dufailhay. (*Stat. de l'op. césar.* 1861).

Voici les conclusions de Harris. *Mortalité relative* : 1° « La ques- « tion de la valeur relative des deux opérations ne peut être résolue « par 5 opérations dont 2 morts, car nos 5 premières gastro-hysté- « rotomies ont sauvé les mères. Il faut pourtant reconnaître que la « nouvelle opération paraît plus sûre dans le cas où la femme est « en travail depuis longtemps, car son utérus est alors plus dan- « gereux à inciser qu'il ne l'est dans les premières heures du tra- « vail.

2° *Simplicité relative.* « Parmi les opérations capitales de la chi- « rurgie, la gastro-hystérotomie est une des plus simples et des « plus aisées à faire ; on l'a quelquefois faite avec les instruments « contenus dans une trousse de poche. La gastro-élytrotomie, au con- « traire, n'est pas simple, elle exige de profondes connaissances « anatomiques et de grands soins dans l'exécution. Cette opération « sera presque uniquement réservée aux chirurgiens des grandes « villes.

3° *Répétition de l'opération.* « Dans notre rapport, nous trouvons « 7 femmes opérées 2 fois, une 3 fois, et 3 mortes.

« Après une opération de gastro-hystérotomie, je crois que les « adhérences péritonéales ne permettront pas une répétition. »

4° « La section sous-péritonéale évite la rupture utérine, les adhé- « rences utero-abdominales et l'étranglement de l'intestin dans la plaie « utérine. La nouvelle opération peut être suivie de cellulite pel- « vienne et d'abcès, et la vessie et l'uretère peuvent être blessés.

« Je crois que chacune de ces opérations a ses avantages, mais je « crois aussi que si l'on fait la gastro-hystérotomie de bonne heure, « elle ne donnera pas plus de morts que la gastro-élytrotomie... il « faut inciser l'utérus alors qu'il a encore un pouvoir contractile. Le

« plus grave danger se trouve dans l'empoisonnement septique qui « naît dans un organe déjà meurtri par un long travail. » (*American Journal of obstetrics*, p. 82.)

« Sous ce titre : **Toucher vaginal perfectionné**, le Dr E. Gehrung, « de Saint-Louis, propose la manœuvre suivante : « La malade étant « placée dans le décubitus-dorsal sur une table, les talons touchant le « côté externe des fesses, et les genoux étant aussi écartés que pos- « sibles pour raccourcir le périnée, le médecin introduira deux doigts, « si possible, et établira comme d'habitude son diagnostic, qu'il « aura constamment présent à l'esprit. Puis, en élevant le col de « façon à exagérer la déviation probable de l'utérus, il soutiendra le « col dans cette position avec un doigt, pendant que l'autre doig, « cherchera dans la direction où l'examen antérieur a fait recon- « naître que le fond utérin se trouve. »

L'auteur loue beaucoup son procédé qui a, suivant lui, de grands avantages pour le diagnostic des versions et des flexions utérines, et des tumeurs pelviennes. D'après Gehrung, cette méthode est surtout avantantageuse dans le diagnostic des rétroversions, car le fond lorsqu'on rehausse le col dans la direction du promontoire, est bientôt arrêté par cette saillie ; si le doigt ne rencontre pas d'obstacle, c'est que la version est peu accusée ; elle facilite aussi l'examen des ovaires et des trompes, et le diagnostic de la grossesse à son début, qu'elle soit utérine ou extra-utérine. Enfin, elle n'exclut pas les autres modes d'examen.

Gehrung répond d'avance aux objections qu'on pourra lui avancer: Si l'on a bien présente à l'esprit la position *probable* reconnue par le toucher simple, on ne se laissera pas tromper par les déviations produites par le toucher bidigital. Cette méthode, loin de prendre beaucoup de temps, en économisera au contraire. Enfin, ce procédé d'exploration permet, lorsque la palpation abdominale est impossible ou donne des résultats insuffisants, de décider positivement si la matrice est comprise, ou non, dans la tumeur abdominale, et s'il existe une grossesse coïncidente. Le toucher bidigital donne des informations aussi exactes que le toucher rectal ou vésical et ne présente pas leurs inconvénients. En terminant, Gehrung dit qu'il ne propose pas son toucher comme un remplaçant du toucher ordinaire, mais comme un aide à ajouter aux autres procédés d'exploration.

(*Amer. Journ. of obst.*, oct. 1878 p. 715). A. Cordes.

VARIÉTÉS

Le service médical de la première section à Saint-Lazare.

A Monsieur le Dr BOURNEVILLE, *membre du Conseil général.*

Mon cher confrère,

Dans la visite que vous avez faite dernièrement à Saint-Lazare, vous avez paru vous intéresser tout particulièrement à l'organisation de nos services médicaux. Permettez-moi donc de vous faire connaître, en peu de mots, le mode de fonctionnement du service de la première section que je dirige depuis plusieurs mois comme suppléant de M. le Dr Courot.

Je ne vous parlerai pas des services de la deuxième section que, d'ailleurs, je ne connais pas.

Le service médical de la première section comprend 6 salles avec un total de 150 lits. Deux salles sont affectées au traitement des maladies générales (80 lits.), deux autres sont destinées à recevoir des nourrices, (60 lits), les deux dernières enfin sont spécialement réservées au service d'accouchement (11 lits).

Dans les salles de maladies générales sont reçues les femmes condamnées ou en prévention qui tombent malades dans l'intérieur de la prison. C'est vous dire que, dans ces salles nous sommes exposé à recevoir les affections contagieuses qui peuvent se développer dans l'intérieur de l'établissement.

Les salles réservées aux nourrices renferment des femmes qui allaitent leur enfant, et d'autres qui ont cessé l'allaitement mais dont les enfants trop jeunes n'ont pu être laissés au dehors.

Lorsqu'un enfant devient malade il continue à séjourner dans la salle commune. A cela il n'y a guère d'inconvénient s'il s'agit d'une affection non contagieuse, mais que l'on ait affaire à un croup par exemple, on s'expose à voir la maladie se développer rapidement chez les autres enfants de la salle.

Outre ce danger de la contagion il existe un grave inconvénient de

ce séjour dans des salles de 40 lits où la ventilation est nécessaire, je veux parler du refroidissement de l'atmosphère très-préjudiciable comme vous le savez aux enfants atteints d'affections pulmonaires. Cet hiver, lorsque la température extérieure se fut subitement abaissée au moment de la tombée des neiges, nous avons vu se déclarer immédiatement plusieurs broncho-pneumonies qui se sont terminées fatalement dans l'espace de quelques jours, à cause de la ventilation obligée des salles et de l'insuffisance du chauffage. Nous sommes convaincu que si nous avions pu placer ces enfants dans une infirmerie bien chauffée quelques-uns des décès que nous avons eu à enregistrer ne se seraient pas produits, et, ce qui nous le prouve, c'est que plusieurs enfants atteints de broncho-pneumonie au moment où la température extérieure s'est relevée ont parfaitement guéri.

Quant au service d'accouchement il n'est pas aussi défectueux qu'on l'a supposé puisque la mortalité, dans une période de 4 ans 1/2 (cette période commence en 1873 et se termine à la fin de juin 1878), n'a été que de 1,36 pour 100 alors que dans les hôpitaux elle a été

en 1872 de 5,51 0/0,
en 1873 de 3,85 —
en 1874 de 3,74 —
en 1875 de 2,77 —
en 1876 (1er trimestre 0/0) de 2,86.

Nous avons déjà fait connaître il y a quelques mois le mode de fonctionnement du service d'accouchement (voyez le numéro d'octobre 1878 des *Annales de Gynécologie*), nous n'avons donc pas à revenir sur ce sujet.

Le service de la première section est confié à un médecin assisté d'un interne. Vous comprendrez aisément que la tâche qui incombe au médecin est beaucoup trop lourde et qu'il ne peut, malgré son bon vouloir, consacrer un temps suffisant à l'examen de chaque malade. Le remède consisterait donc à dédoubler le service et à confier le service des accouchements et des nourrices à un médecin spécial.

Il nous reste maintenant à examiner la question des élèves, nous venons de dire qu'un seul interne assiste le médecin. Il est bien évident qu'un jeune homme qui, le plus souvent, a des examens à subir, ne peut passer toute sa journée à l'infirmerie et qu'il doit, de toute nécessité, faire un examen trop rapide des malades. Il faudrait

donc pour le service deux internes au moins. De plus, il serait indispensable qu'on nommât deux externes qui seraient chargés des pansements et de tenir les cahiers de visite. De cette façon l'interne, n'étant plus absorbé par les besoins matériels du service, pourrait renseigner plus exactement le chef de service, et l'assister d'une façon plus scientifique si je puis ainsi m'exprimer; il pourrait recueillir des observations, ce qui serait un stimulant utile pour le médecin et pour lui une source d'instruction personnelle.

Les magnifiques éléments de travail que nous possédons à Saint-Lazare sont perdus, le plus souvent, au grand détriment de la science et des malades auxquelles on s'intéresse moins.

Il me reste encore à vous parler de notre salle de bains tout à fait insuffisante dans un service qui compte un très-grand nombre d'affections cutanées. Nous ne possédons aucun appareil à hydrothérapie pour un service où l'on rencontre presque toujours des affections hystériques, et beaucoup de femmes chloro-anémiques.

Pour nous résumer voici le vœu que nous vous soumettons et que nous vous prions de bien vouloir faire connaître au Conseil général qui compte un si grand nombre d'esprits éclairés et désireux d'améliorer le sort de malheureuses, victimes de la misère :

1° Que le service médical de la première section de Saint-Lazare soit dédoublé et comprenne un service de maladies générales et un service d'accouchement.

2° Qu'au service des nourrices soit annexée une infirmerie pour les enfants malades.

3° Que chaque service soit pourvu d'un interne et de un ou deux externes.

4° Que le service des bains soit amélioré et qu'il soit pourvu d'un appareil à hydrothérapie.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

A. Leblond.

Paris, 5 avril 1879.

Maladies des femmes. — *Cours clinique gratuit pour les sages-femmes.* — M. le Dr Verrier reprendra son cours le mercredi, 30 avril prochain, à 9 heures du matin, à sa clinique, 14, rue du faubourg Saint-Honoré. Il le continuera les mercredis suivants à la même heure. Visite des malades à 10 heures. S'inscrire d'avance par lettre, 14, faubourg Saint-Honoré.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement médical et chirurgical, avec un appendice sur les *Maladies de la vulve et du vagin*, par Courty, professeur de clinique à la Faculté de Montpellier. Ouvrage qui a obtenu un prix de 2,500 francs de l'Institut de France (Académie des sciences). 3e édition, revue et considérablement augmentée. Première partie, avec 377 figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 24 fr. La deuxième partie paraîtra à la fin de 1879. — Librairie Asselin et Cie, place de l'École-de-médecine.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA ROUGEOLE DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL
ET PENDANT LA GROSSESSE

Par le D[r] V. Gautier (de Genève).
Médecin de l'hôpital Butini,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

On sait, je crois, fort peu de chose sur le pronostic de la rougeole dans l'état puerpéral et pendant la grossesse; je trouve cependant dans un important et récent ouvrage, le traité de pathologie de l'enfance publié sous la direction du professeur Gerhardt, de Wurtzbourg (1), la phrase suivante: « Dans la grossesse et principalement dans l'état puerpéral, la rougeole expose à de très-grands dangers (hœchst fatale Zustaende), moindres toutefois que ceux de la scarlatine. » Malheureuse-

(1) *Handbuch der Kinderkrankheiten*, v. II, p. 317. Tubingue, 1877.

ment l'auteur, le professeur Bohn de Kœnigsberg ne nous dit pas à quelle source il a puisé ce renseignement. Si tous les médecins qui ont été témoins de cas de rougeole chez les femmes grosses ou en couches s'étaient donné la peine de faire connaître leurs observations, nous possèderions probablement de nombreux documents sur ce chapitre de la pathologie puerpérale; je ne puis pour ma part qu'en citer un seul fait, mais il est en désaccord avec l'assertion du professeur Bohn. On verra que les autres exemples sont loin de permettre de tirer des conclusions définitives sur le degré de gravité de la rougeole dans l'état puerpéral. Les épidémies de rougeole, comme de tout autre exanthème, varient d'ailleurs au point de vue de leur pronostic, de là la nécessité de recueillir encore beaucoup d'observations et de les publier.

Une épidémie assez bénigne de rougeole a sévi à Genève durant les mois de février, mars et avril de l'année 1874; parmi un grand nombre de malades qui m'ont passé sous les yeux, j'ai suivi avec un intérêt spécial une famille dans laquelle trois adultes et trois enfants ont été atteints par l'épidémie. L'un des adultes était une dame chez laquelle l'exanthème se manifesta dix heures au plus après son accouchement. Aucun de ces malades n'avait eu la rougeole à une époque antérieure.

Voici un abrégé de l'histoire de cette épidémie de famille, je n'entrerai dans quelques détails qu'à propos de la jeune accouchée.

Mlle X..., 25 ans, avait visité dans le courant de la première semaine de mars des enfants malades de la rougeole; après quelques jours de fièvre, avec toux intense, larmoiement et coryza, l'éruption apparaît le 15 mars; la maladie suit son cours normal sans complications.

Le frère de cette malade, M. X..., 29 ans, demeure à une dizaine de minutes de distance de l'habitation de sa sœur; il est allé la voir pour la dernière fois le 13 mars, deux jours avant l'apparition de l'exanthème chez Mlle X.... Les premiers symptômes surviennent le 26 mars, et le 30, je constate l'existence des taches rubéoliques au palais, au voile du palais et sur le

sillon naso-labial; le surlendemain 1er avril, l'éruption est générale. La marche de la maladie a été également régulière et exempte de complications.

La sœur cadette, Mme Y..., 24 ans, se trouve à la fin du neuvième mois de sa quatrième grossesse; sa demeure est éloignée aussi de 9 à 10 minutes de celle de sa sœur; il n'existe aucun cas de rougeole dans la maison qu'elle habite. Mme Y... a vu pour la dernière fois sa sœur le 16 mars, veille du jour où l'exanthème est apparu chez celle-ci. Vu son état de grossesse, Mme Y... avait cherche à éviter toute espèce de contact avec des malades. Le 27 mars au soir apparaissent chez elle des frissons, de la courbature, une toux fréquente et intense, du coryza, du catarrhe conjonctival; les mêmes symptômes persistent le 28. Le 29 mars, à 11 heures du soir, la malade accouche d'une fille après un travail facile. Au moment de l'accouchement, le pouls est à 108, la peau chaude, enrouement, toux, coryza. La perte sanguine n'a pas dépassé la quantité normale, la délivrance naturelle n'a pas été suivie de frisson.

Le lendemain, 30 mars, à neuf heures du matin, le visage, le cou et la poitrine sont parsemés de taches de rougeole. Angoisse, larmoiement, éternuments, rien à l'auscultation. 110 pulsations, température axillaire 39,4. Lochies normales. Mme Y... allaite son enfant qui ne quitte pas sa chambre, ne manifeste aucun malaise, ni aucune tache à la peau.

31 mars, 100 pulsations. T. a. 37,9 le matin, 37,5 le soir. L'éruption est très-abondante sur le tronc, plus discrète sur les membres.

1er avril. 76 pulsations, sommeil normal, appétit. L'éruption pâlit, les taches ont pris une teinte d'un brun clair, sécrétion lactée abondante, l'enfant ne quitte pas la chambre de sa mère, il tète régulièrement et n'a pas un instant de fièvre ni aucun symptôme catarrhal; la peau a toujours eu sa coloration normale. Aucune complication n'est survenue chez Mme Y.., elle a pu se lever deux semaines après son accouchement.

Les trois enfants aînés de Mme Y... ont à leur tour payé leur tribut à l'épidémie; ils n'avaient, du reste, pas été éloignés

de l'appartement de leurs parents. Pour chacun d'eux, la période d'invasion a été courte, de 24 à 36 heures; l'éruption est apparue chez l'aînée, âgée de 4 ans, le 11 avril, chez la seconde, âgée de 3 ans, le 12 avril, chez le troisième, âgé de 14 mois, le 13 avril. Tous trois, surtout l'aînée, ont souffert de bronchite intense après la période éruptive; tous ont guéri.

L'histoire succincte de ces six malades n'est point en contradiction avec certaines notions déjà généralement admises: ainsi la durée de l'incubation de la rougeole est bien chez eux de 13 à 14 jours; l'immunité relative des très-jeunes enfants se fait voir chez notre nouveau-né, bien qu'il ait été mis au monde par une mère déjà malade et qu'il soit demeuré pendant plus de trois semaines au milieu d'un foyer épidémique. Nos observations établissent enfin la possibilité de contracter la rougeole au contact d'une personne chez laquelle l'éruption cutanée n'est pas encore apparue.

La période d'incubation n'a pas été plus longue chez l'accouchée que chez les autres membres de sa famille, cette circonstance est à noter; dans un mémoire très-bien fait sur la scarlatine dans l'état puerpéral, le professeur Olshausen, de Halle (1) émet l'hypothèse que la période d'incubation de la scarlatine peut être prolongée durant des semaines et même des mois par le fait de la grossesse; cette hypothèse que certains faits sembleraient confirmer ne saurait être admise pour la rougeole, au moins dans notre cas, puisque les symptômes d'invasion ont précédé l'accouchement.

S'il était permis de tirér des conclusions générales de notre unique exemple de rougeole dans l'état puerpéral, nous pourrions affirmer que la rougeole est une maladie sans gravité lorsqu'elle atteint les femmes en couches, qu'elle n'entraîne avec elle aucune chance d'accidents; que le cours régulier de l'accouchement n'en est pas influencé, et réciproquement que l'accouchement n'imprime aucun trouble à la marche normale et bénigne de l'exanthème morbilleux.

---

(1) *Archiv f. Gynækologie*, vol. IX, p. 169. Berlin, 1876.

Loin de vouloir poser prématurément de pareilles conclusions, j'ai cherché à recueillir d'autres exemples de rougeole chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, mais malgré le grand nombre d'ouvrages et de journaux passés en revue, je n'ai pu glaner que fort peu de chose.

Il existe à ma connaissance deux relations d'épidémie de rougeole chez l'adulte : l'une est la célèbre épidémie des îles Feroër décrite par Panum, dans laquelle sur une population de 7782 habitants, 6000 au moins furent atteints de la maladie ; on peut conjecturer avec certitude que dans ce nombre considérable de morbilleux, où les adultes devaient être en majorité, des cas se rapportant à nos recherches ont dû être observés, mais l'auteur n'en fait aucune mention. L'autre relation due à Michel Lévy, insérée dans la *Gazette médicale de Paris*, est intitulée Rougeole chez l'adulte ; c'est la description très-bien faite d'une épidémie de rougeole dans la ville de Metz en 1846 et 1847, mais toute l'épidémie est concentrée sur une garnison.

Il ne me restait plus qu'à butiner par-ci par-là quelques faits isolés; je ne mentionne que pour mémoire les assertions énoncées par deux médecins dans leurs comptes-rendus d'épidémies de rougeole, ces assertions ne s'appuient malheureusement sur aucun fait cité. Schneider (1) a donné la relation d'une épidémie de rougeole, on y trouve cette phrase : « Des femmes enceintes furent atteintes de rougeole, et la plupart avortèrent, non sans courir de grands risques pendant la période intense de la maladie; beaucoup moururent aussitôt après l'accouchement, les nouveau-nés moururent également. »

Suivant un autre auteur allemand, le professeur Berndt (2), la rougeole chez les femmes enceintes amène fréquemment l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Ces données sont trop vagues pour que nous en puissions tenir compte. Voyons maintenant les observations, que je n'ai pu trouver qu'en fort petit nombre.

---

(1) Elias v. Siebold. *Journal f. Geburtshuelfe*, v. XII, p. 63. Francfort, 1832.

(2) *Analekten f. Kinderkrankheiten*, v. II, p. 83. Stuttgart, 1837.

La plus ancienne appartient à Fabrice de Hilden (1). « La femme d'un conseiller de la République de Berne, étant arrivée à la moitié du neuvième mois de sa grossesse, fut atteinte d'une fièvre intense et maligne ; peu après, la rougeole apparut. Au quatrième jour de la maladie, les douleurs surviennent, un enfant vient au monde, tout le corps couvert de taches de rougeole. La mère et l'enfant gravement malades durant quelques jours, guérirent tous deux. »

La compilation de Martin Schurig (2) mentionne les trois faits suivants :

Ledel a observé une femme qui accoucha dans les derniers mois de sa grossesse au milieu d'une éruption de rougeole : l'enfant vint au monde couvert de taches rouges. La mère guérit le sort de l'enfant n'est pas mentionné.

Rœsler rapporte qu'une femme atteinte de rougeole au septième mois de sa grossesse, avorte et meurt.

Egbert a vu une femme atteinte de rougeole, accoucher avant le terme normal; l'âge du fœtus n'est pas indiqué.

Guersant et Blache (3) ont vu la rougeole chez un nouveau-né qui avait contracté l'exanthème de sa mère; ils ne disent pas quelle a été l'issue de la maladie.

Chausit (4) rapporte qu'une dame ayant déjà eu la rougeole dans son enfance, contracta de nouveau cette maladie; l'éruption apparut la veille du jour où cette dame accoucha, et au dire de l'accouchée, l'enfant était aussi atteint de rougeole. On voit qu'il s'agit chez cette femme d'un cas de récidive de l'exanthème, aussi le diagnostic fut-il contesté par Hervieux devant la Société médicale du IX[e] arrondissement de Paris, à laquelle Chausit avait communiqué son observation.

Les mêmes objections pourraient être faites à l'observation intitulée: Rougeole chez une femme enceinte, insérée dans les

---

(1) *Observ. chirurgiæ Centur.*, IV, observ. 53.

(2) *Embryologia*, p. 187. Dresde et Leipzig, 1732.

(3) *Dictionnaire en 30 volumes*, v. XXVII. p. 677. Paris, 1843.

(4) *Union médicale*, 1868, p. 797.

Archives de Tocologie, par Doléris (1), La malade avorte à six mois de grossesse et au deuxième jour d'une éruption rubéolique accompagnée de fièvre, de larmoiement *sans toux*. Cette femme avait déjà eu la rougeole dans son enfance, elle guérit en peu de jours.

Un autre fait, le plus complet de tous, appartient au Dr Hedrich (2). Durant une très-forte épidémie de rougeole, la femme d'un journalier vivant à la campagne, âgée de 39 ans et arrivée au terme de sa grossesse, contracta la rougeole s'accompagnant de fièvre modérée; au quatrième jour, cette femme, à la suite d'un travail facile donna naissance, à une petite fille qui était elle-même couverte de taches rubéoliques et souffrait concurremment de symptômes catarrhaux, tels que: éternuments, toux, blépharite légère. La mère put nourrir son enfant, tous deux guérirent. »

Kunze (3) a vu une femme arrivée à la période éruptive de la rougeole, mettre au monde un enfant; au cinquième jour des couches, l'enfant prit également la rougeole. La mère et l'enfant moururent.

L'auteur ne nous dit pas si l'accouchement était à terme ou prématuré.

Le professeur Thomas (4) cite encore deux cas de rougeole dans la grossesse et l'état puerpéral; je n'ai pu me procurer ces observations; dans l'une, la femme avorte et meurt (5).

Nous possédons ainsi onze cas de rougeole pendant la grossesse ou l'état puerpéral, mais la plupart de ces observations sont si écourtées que nous ne savons même pas toujours quelle a été la terminaison de la maladie; pour quelques-unes d'entre elles l'exactitude du diagnostic laisse à désirer.

Quoi qu'il en soit, sur ces onze cas, six sont des cas de rou-

(1) *Archives de tocologie*, Paris, 1874, p. 375.

(2) *Neue Zeitschrift f. Geburtkunde*, v. XV, p. 169. Berlin, 1844.

(3) *Lehrbuch der praktischen medizin*, v. II, p. 486. Leipzig, 1873.

(4) *Ziemssen Handbuch*, v. II, p. 47. *Acute Infektions Krankheiten*.

(5) Boesch. *Wurtemb. correspond. Blatt*, 1813, p. 180.

geole au dernier mois de la grossesse, l'enfant étant à terme, et un septième se rapporte à un enfant qui a vécu quatre jours sans que nous sachions toutefois s'il était né prématurément ou non. Dans quatre de ces cas, nous savons que la mère et l'enfant ont survécu, dans deux autres nous ignorons l'issue de la maladie, dans le septième la mère et l'enfant sont morts.

Chez six enfants, les taches morbilleuses se sont montrées au moment même de la naissance ou peu de jours après (cinquième jour.) Un seul enfant, celui que j'ai observé moi-même, n'a manifesté aucune trace d'éruption, ni aucun symptôme morbide; ce serait là un fait unique si mes recherches pouvaient être regardées comme complètes, ce que je suis loin de prétendre.

Les quatre femmes chez lesquelles la rougeole est apparue pendant la grossesse sont accouchées l'une au sixième mois, l'autre au septième, la troisième et la quatrième à une période inconnue. Deux de ces femmes sont mortes, une a guéri, le sort de la quatrième est ignoré.

En résumé, voici ce que nous apprennent ces documents si incomplets et si peu nombreux : c'est que la rougeole pendant la grossesse prédispose peut-être à la mort du fœtus et à l'avortement; elle n'est pas sans danger pour la mère.

Lorsqu'au contraire la rougeole survient pendant l'état puerpéral, le pronostic serait moins grave, soit pour la mère, soit pour l'enfant, bien que celui-ci dans presque tous les cas offre aussi lui-même tous les symptômes de l'exanthème. Dans aucun cas, il n'est fait mention d'une hémorrhagie.

Si l'on met en parallèle cette courte notice avec les nombreux mémoires relatifs à la scarlatine dans l'état puerpéral, on s'étonne de voir combien la richesse de ces derniers travaux contraste avec la pauvreté des documents concernant la rougeole chez les femmes en couches. On aurait peut-être tort de conclure de là que la pathologie de la scarlatine des femmes en couches est beaucoup plus avancée que celle de la rougeole, car les auteurs qui ont traité de la scarlatine pendant l'état puerpéral ne sont d'accord, ni sur la symptomatologie, ni surtout sur le pronostic de cette maladie.

J'ajouterai, à propos de la scarlatine, qu'il ne m'est arrivé qu'une seule fois dans une pratique médicale dejà longue d'observer cet exanthème chez une femme enceinte. C'était en 1867, à un moment où la scarlatine régnait épidémiquement dans la ville de Genève; Mme F... était dans le sixième mois de sa grossesse; l'éruption apparut le 5 février, fut générale, parfaitement caractéristique, et suivie deux semaines après d'une desquamation en lambeaux de toute la surface cutanée; aucune complication ne survint; les urines ne furent pas albumineuses. La jeune dame accoucha le 21 avril d'une fille bien portante, jouissant encore à l'heure qu'il est d'une bonne santé. L'enfant vint au monde couvert de squames minces et larges, assez semblables à celles de l'ichthyose; ces squames ne tardèrent pas à se détacher faisant place à une peau saine. L'accouchée ne présenta aucun symptôme anormal durant les suites de couches. Il fut évident pour moi que la petite fille avait participé durant la vie intra-utérine à l'éruption de sa mère. Olshausen, dans son mémoire déjà cité, n'a pu réunir que sept cas de scarlatine pendant la grossesse, trois de ces cas sont suivis de mort.

On pourrait se demander, à l'occasion de cette observation, si l'enfant mis au monde par Mme Y..., atteinte de rougeole, et qui lui-même n'a manifesté aucun signe de l'exanthème après sa naissance, n'a pas subi l'influence morbilleuse durant sa vie intra-utérine. Cette supposition ne me paraît pas devoir être admise, parce que l'éruption s'est montrée chez la mère quatorze jours après le moment où celle-ci s'était exposée à la contagion. Pour admettre que l'enfant ait souffert de la rougeole avant sa naissance, il faudrait supposer en même temps que chez lui l'évolution complète de la maladie, y compris la période d'incubation, a eu lieu dans le court espace de quatorze jours, toute trace d'éruption cutanée et de symptômes catarrhaux faisait en effet défaut chez lui au moment de sa naissance.

La meilleure manière de prouver qu'un enfant mis au monde par une mère morbilleuse, ou ayant eu la rougeole durant sa grossesse, a subi lui-même l'exanthème pendant la vie intra-

utérine, consisterait à voir si plus tard cet enfant exposé à l'influence épidémique, est réfractaire à la rougeole; le professeur Bohn (1) cite un cas qui contredit cette hypothèse; il a vu un enfant de 9 ans atteint de la rougeole, bien que sa mère ait eu cette maladie lorsqu'elle était enceinte de lui; je connais moi-même un fait semblable, si je ne l'ai pas mentionné plus haut, c'est qu'il m'a été rapporté par des personnes étrangères à la médecine.

Je termine en faisant appel aux souvenirs de mes confrères; il serait intéressant de savoir s'il existe d'autres exemples du fait remarquable que j'ai observé : un enfant se nourrissant durant les derniers jours de sa vie fœtale d'un sang infecté par la rougeole; régulièrement et exclusivement allaité plus tard par sa mère morbilleuse, et résistant absolument à toute influence épidémique.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE

POUR REMÉDIER A LA RUPTURE TOTALE DU PÉRINÉE.

Par le Dr Terrillon,
Chirurgien des hôpitaux.

Pendant le dernier temps de l'accouchement, le périnée fortement tendu se rompt quelquefois au moment du passage de la tête du fœtus. La déchirure qui se produit ainsi peut être plus ou moins profonde; aussi a-t-on cherché à faire une classification des différentes variétés qui se présentent ordinairement. La rupture est dite *incomplète* lorsque la fourchette seule est déchirée, ou même lorsque la portion voisine du périnée a cédé, sans que le sphincter de l'anus soit atteint.

Elle est au contraire *complète* lorsque la déchirure atteint le sphincter, au point de rompre presque complétement l'anneau

(1) *Gerhardt Handbuch der Kinderkrankheiten*, v. II, p. 318. Tubingue, 1877.

que forment ses fibres circulaires, et de gêner son fonctionnement ultérieur.

Enfin on pourrait donner le nom de *rupture totale* à celle qui comprend, non-seulement le périnée et le sphincter qui sont divisés en totalité, mais aussi une portion variable de la cloison recto-vaginale. Cette dernière lésion assez profonde et assez étendue, qui fait communiquer l'extrémité inférieure du rectum avec la partie correspondante du vagin, est particulièrement grave.

En effet, elle entraîne pour la femme une infirmité dégoûtante, puisque les matières fécales sont difficilement retenues lorsqu'elles sont compactes, et qu'elles s'écoulent au dehors presque continuellement lorsqu'elles sont liquides ou demi-molles. Les rapprochements sexuels deviennent souvent impossibles à cause de la répulsion qu'inspire cette infirmité. Enfin la difficulté qu'on éprouve à réparer facilement cette brèche étendue est encore une raison pour considérer cette lésion comme très-sérieuse.

C'est sur cette dernière variété de rupture du périnée que je désire appeler l'attention non pas au point de vue du mécanisme de sa formation ou des dispositions spéciales de la cicatrice, mais seulement au point de vue de l'opération elle-même, de ses difficultés et des moyens que je crois les plus propres à assurer sa réussite.

Dans le cas de rupture totale du périnée, la périnéorrhaphie devient une opération longue et minutieuse et qui ne peut donner des résultats certains que si le chirurgien a tenu compte de toutes les conditions du succès. Ces conditions peuvent se résumer de la façon suivante :

Avivement suffisamment étendu ;

Affrontement très-exact des surfaces avivées;

Disposition des parties suturées de manière que celles-ci soient à l'abri des matières capables de les irriter.

Telles sont les trois objectifs principaux qui ont guidé ceux qui ont inventé des procédés opératoires.

Le procédé de Gaillard-Thomas et de Hue (de Rouen) a sur-

tout pour but de remplir les deux premières indications. On peut dire qu'il y réussit avec assez d'exactitude. Mais l'affrontement exact de longues surfaces cruentées ne répond qu'à une partie des nécessités de l'opération. Aussi ayant vu deux fois l'opération échouer par ce fait que les matières sécrétées par le vagin et arrivant au contact des parties réunies avaient certainement irrité ces tissus et empêché la réunion, j'ai cherché par quel moyen on pourrait éviter ces inconvénients.

Je pensai alors à modifier légèrement l'opération de Gaillard-Thomas, ou plutôt à ajouter une suture surnuméraire capable d'empêcher le contact des matières vaginales avec les parties suturées.

Demarquay avait déjà cherché à parer à cet accident, mais il avait proposé pour arriver à ce but un procédé compliqué, difficile à employer dans tous les cas, et qui je crois est abandonné, d'autant plus que son opération présentait plusieurs désavantages sérieux.

Je crois avoir tourné cette difficulté, et c'est grâce à cette modification que j'ai eu un succès très-complet dans un cas où la déchirure profonde de l'anus et d'une partie de la cloison vaginale, rendait l'opération hasardeuse.

L'affrontement des surfaces me semblait également défectueux, aussi quelques changements dans le mode de suture me semblèrent propres à faire disparaître cet inconvénient.

J'indiquerai donc rapidement en quoi consiste l'opération de Gaillard-Thomas pour pouvoir donner quelques détails sur les modifications que j'ai employées.

Le procédé de Gaillard-Thomas et des autres auteurs qui ont suivi ses préceptes tels que Hue (de Rouen), consiste à faire un avivement bilatéral, comprenant une surface triangulaire dont le sommet corresponde à la cloison vaginale, et se confonde à ce niveau avec celui du côté opposé. L'avivement par sa partie inférieure doit descendre assez bas pour atteindre le voisinage immédiat de l'anus et même le dépasser en bas. Le but de cet empiétement sur la marge de l'anus est de pouvoir attein-

dre ainsi les deux extrémités séparées du sphincter, lesquelles doivent être avivées et réunies par la suture.

La suture qui rapprochera et maintiendra ces deux surfaces sera pratiquée de façon que les fils suivent un trajet parabolique de la façon suivante :

L'aiguille qui porte le fil doit pénétrer dans la peau à 1 centimètre de l'avivement, on la fait cheminer parallèlement à la surface avivée, mais assez profondément dans les tissus jusqu'à ce qu'elle parvienne dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Arrivée là, l'aiguille passe horizontalement dans la cloison de façon à ne pas atteindre la muqueuse rectale, puis elle parcourt du côté opposé un chemin inverse du premier pour ressortir à 1 centimètre et demi de la surface d'avivement.

L'anse formée par le fil est donc complétement cachée dans les tissus, et elle doit, lorsqu'elle est serrée, rapprocher les surfaces comme les bords d'une bourse sont rapprochés par un cordon.

Les fils doivent avoir une inclinaison variable, et qui présente une assez grande importance. Ainsi le premier, en commençant par la partie inférieure, doit être très-obliquement disposé, de façon que traversant la peau au niveau d'une ligne transversale passant par le milieu de l'anus et même plus bas, il n'atteigne la cloison qu'en remontant beaucoup. Dans ce trajet il traverse donc les bords divisés du sphincter, de façon à les rapprocher avec énergie lorsqu'on exerce sur lui une traction.

Les autres fils seront de moins en moins obliquement disposés.

Les fils supérieurs ne traversent plus la cloison et passent directement d'une surface cruentée sur l'autre. Enfin les fils sont simplement tordus en avant de la ligne de réunion des deux surfaces.

Ce procédé, qui donne souvent de bons résultats, échoue quelquefois, car il ne met pas à l'abri de deux inconvénients qui peuvent faire échouer l'opération.

Le premier tient au mode de réunion des sutures. Si on se contente de tordre les fils en avant, on risque de voir ces fils couper rapidement la peau et les parties profondes, car le rapprochement ne s'obtient que grâce à une traction permanente et assez forte. Or cette traction est nécessaire pour affronter, et elle n'est permanente qu'à une condition, c'est que la suture sera maintenue assez serrée.

Or, j'ai essayé d'obvier à cet inconvénient au moyen de deux modifications.

La première consiste à me servir de la suture enchevillée, recommandée par Gaillard-Thomas dans d'autres opérations, mais en y ajoutant une suture profonde spéciale.

Pour cela je laisse mes fils doubles, de façon à avoir une anse permettant le passage d'une sonde en gomme.

Du côté opposé, les deux chefs sont pris autour d'une sonde analogue avec un tube de Galli.

Grâce à cette disposition, les sutures ne peuvent couper la peau, et elles ont une tendance à rapprocher avec force les deux surfaces d'avivement.

Mais pour assurer encore l'affrontement de la partie moyenne de la surface d'avivement, j'emploie une suture spéciale qui consiste dans un fil assez gros passant transversalement au milieu des deux surfaces d'avivement, et dont les extrémités ressortent à 5 ou 6 centimètres dans l'épaisseur de la fesse.

Ce fil maintenu solidement au moyen de deux plaques de plomb et d'un tube de Galli, rapproche donc les surfaces cruentées avec une grande exactitude.

Un second inconvénient du procédé de Gaillard-Thomas consiste dans ce fait, que la partie supérieure de la réunion, celle qui correspond à la face inférieure du vagin, n'est nullement garantie contre l'écoulement des sécrétions utérines et vaginales. Ces produits pourront irriter d'autant plus facilement les surfaces d'avivement à ce niveau qu'il est difficile de faire affronter ces parties avec une grande exactitude.

J'ai alors pratiqué à ce niveau une suture entrecoupée avec des fils d'argent très-fins. Cette suture est facile à faire en ayant

soin d'éloigner la paroi antérieure du vagin avec un spéculum à valves; elle ne doit comprendre que la muqueuse vaginale.

L'observation suivante servira à faire comprendre l'utilité de ces modifications.

Madame X..., âgée de 26 ans, assez grande, jouissant d'une bonne santé, mais ayant un tempérament nerveux très-prononcé, a accouché pour la première fois il y a quatre ans. Au moment de la sortie de l'enfant il y eut une déchirure complète du périnée.

On ne fit rien au début pour réparer la déchirure. La plaie ainsi produite, très-large et exposée aux écoulements voisins, se répara lentement, et la cicatrisation complète n'eut lieu qu'après plusieurs semaines.

Malheureusement il y a eu persistance totale de la brèche produite par la déchirure; le sphincter était complétement détruit dans son segment antérieur, et la partie voisine du vagin manquait également.

L'infirmité qui devait résulter d'un tel état de choses, c'est-à-dire l'incontinence des matières fécales liquides ou demi-solides, fut bientôt telle que la malade, objet de dégoût pour elle-même et pour les autres, ne pouvait sortir de chez elle. En prenant des opiacés à haute dose elle parvenait avec peine à retenir les matières, mais cette constipation artificielle altérait sa santé.

Malgré cette infirmité, elle se refusa à une opération qui lui fut plusieurs fois proposée.

Elle resta ainsi pendant quatre ans, et finit cependant par venir demander le secours de la chirurgie.

Lorsqu'elle se présenta à moi, elle se trouvait dans l'état suivant :

Le sphincter était complétement détruit en avant et la paroi vagino-rectale manquait aussi dans une étendue qui pouvait être d'environ 3 centimètres.

La déchirure avait donc été très-étendue à en juger par la brèche énorme qui en était le résultat.

La surface cicatricielle était visible de chaque côté sous forme d'une plaque triangulaire à base antérieure et à sommet correspondant à la cloison vaginale.

Cette cloison au niveau de la cicatrice était assez mince, cependant immédiatement derrière le point de cicatrisation elle était souple,

et on pouvait faire déplacer légèrement la partie rectale et la partie vaginale l'une sur l'autre. Ceci indiquait que le tissu qui unissait les deux parois adossées n'avait pas été englobé dans la cicatrisation.

Enfin aucune adhérence n'existait avec les parties plus profondes.

Aucune complication n'existait à ce niveau ; et grâce à des soins de propreté aussi parfaits que possible, la malade avait pu préserver ces parties de toutes traces d'érythème. La paroi postérieure de la muqueuse du rectum, qu'on voyait en écartant les lèvres de la plaie, était rouge et légèrement saillante en avant.

Le cas était donc relativement simple, sauf l'étendue considérable de la réparation qu'on devait tenter.

L'opération fut pratiquée avec le concours de mon ami le Dr Ch. Monod, et de M. le Dr Putel.

La malade chloroformée est placée en travers du lit, les jambes soutenues par deux aides.

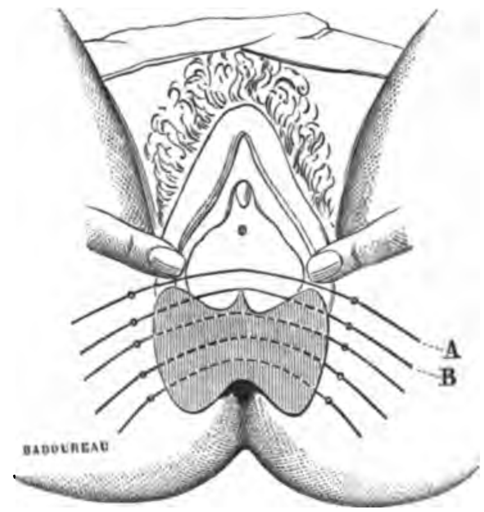


Figure 1.

Le premier temps consiste dans un large avivement en surface. J'enlève un lambeau ayant plus d'étendue qu'une pièce de deux francs. Ce lambeau a une base antérieure et sa limite postérieure est reportée assez bas en arrière pour correspondre à une ligne transversale passant par le centre de l'anus. Le sommet rejoint le sommet du lam-

beau du côté opposé, au niveau de la cloison dont le bord antérieur est également avivé.

Ces deux surfaces d'avivement permettront un adossement très-étendu de deux surfaces cruentées. Mais j'ai eu grand soin de ne pas toucher à la muqueuse anale et encore moins à la muqueuse rectale (Voir figure schématique n° 1).

Le second temps consiste à placer cinq fils en anse qui permettront de rapprocher les surfaces cruentées, en les serrant à la façon de l'ouverture d'une bourse.

Pour cela au moyen d'une grande aiguille courbe montée sur un manche je passe les fils de la façon suivante :

L'aiguille est enfoncée du côté gauche à 1 centimètre au moins de la limite d'avivement, puis elle chemine dans l'épaisseur des tissus, en la tenant parallèlement à la surface cruentée, et toujours à 1 centimètre de profondeur. Lorsque la pointe arrive au niveau de la cloison vaginale, je la fais cheminer dans l'épaisseur de cette cloison, en ayant soin de tenir cette cloison entre le pouce et l'index de la main gauche, de façon à ne pas atteindre la muqueuse rectale.

La cloison étant traversée parallèlement à sa surface, l'aiguille reprend du côté droit, au-dessous de la surface saignante, un chemin inverse de celui qu'elle a parcouru à gauche.

La pointe vient bientôt sortir à 1 centimètre au moins de la limite d'avivement à droite.

Cette dernière partie du cheminement de l'aiguille est rendu facile grâce à la courbure de l'aiguille et à l'inclinaison latérale gauche qu'on donne au manche.

Le fil étant ainsi passé, on a un trajet à anse dont le sommet correspond à la cloison et le fil est caché dans toute son étendue.

Les fils sont tous passés de la même façon, mais avec cette différence que le plus inférieur est disposé très-obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Cette disposition a pour but de rapprocher plus sûrement les bords déchirés du sphincter anal, que le fil repousse en dedans en passant profondément à son niveau.

Le fil suivant est moins oblique, les autres deviennent transversaux.

Le fil supérieur est le seul dont l'anse ne passe pas à travers la cloison, il est donc libre dans sa partie médiane.

Ces fils forment le premier plan de suture et ils sont pris de la façon suivante :

Le fil était double, une partie formant anse est fixée sur une sonde en gomme verticalement placée qui est passée dans la série des anses d'un côté.

Du côté opposé (à gauche) les deux chefs du fil sont placés autour d'une sonde analogue et fixés après avoir tiré avec force sur eux, au moyen de boutons, sur lesquels on écrase un tube de Galli qui entoure les deux fils.

Ces deux sondes servent à maintenir solidement les fils, et aussi à rapprocher les bords de la peau d'une façon égale sans la couper.

Dans la crainte que les faces soient insuffisamment appliquées, on passe un grand fil transversal, à 3 ou 4 centimètres de la première suture et qui ressort du côté opposé à égale distance. Ce fil serrant avec énergie les surfaces cruentées, les applique l'une contre l'autre.

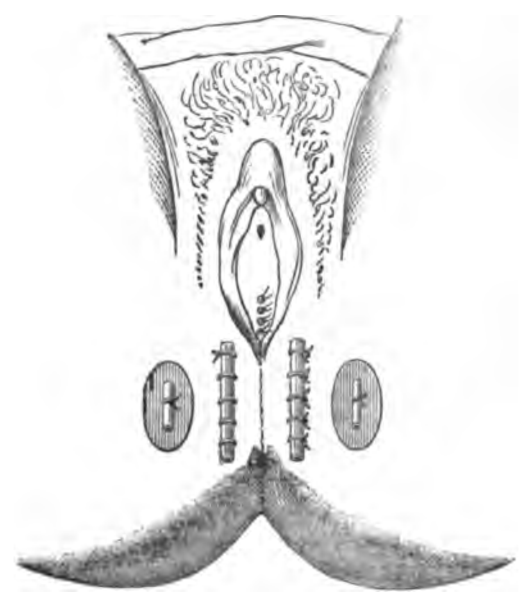


Figure 2.

Alors on procède à l'application d'une autre série de sutures qui a une grande importance, car elles rapprochent des parties qui ne sont pas affrontées suffisamment par la première, et aussi par ce que en rapprochant ces parties, elles empêchent les mucosités vaginales d'atteindre les parties profondes qu'on cherche à réunir.

Six fils simples, en sutures entrecoupées, sont placés dans le vagin pour réunir les bords de la muqueuse.

Cette suture est faite avec grand soin, et assez facilement grâce à l'emploi d'un spéculum de Bozemann, placé en avant contre la paroi antérieure du vagin qu'il repousse.

L'opération totale a duré une heure.

On place une sonde en gomme rouge dans l'urèthre, de façon à ce que la malade ne soit pas sondée. Les jambes attachées de façon à ne pouvoir être écartées sont soutenues par un coussin placé sous les genoux. Quelques pilules d'opium servirent à entretenir de la constipation.

Les suites furent des plus simples, sauf quelques accès nerveux. La sonde fonctionnait assez bien, mais était maintenue libre au moyen d'une injection, une ou deux fois par jour.

Le sixième jour. On enleva la sonde, la malade urina sur le bassin.

Le septième jour. Le grand fil qui traversait les parties molles de la cuisse est coupé, car les plaques de plomb ulcéraient un peu la peau.

Le dixième jour. La malade a une selle, douloureuse, mais sans inconvénient.

Le treizième jour. Tous les fils sont enlevés, aucun des fils n'a manqué, et la réparation est aussi parfaite que possible.

Le vingtième jour. La malade sort de son lit.

Le périnée ainsi refait a plus de 3 centimètres de hauteur, et la cicatrice est à peine visible.

L'anus est refermé en partie, mais masqué en avant par une bride fibro-cutanée qui est due à la façon dont la suture a été faite et à l'étendue de l'avivement.

Cette bride servira à maintenir l'anus et à rendre plus sûr son fonctionnement.

ÉTUDE SUR L'HYDRE FÉMININE

OU

TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES, ETC.

d'Augustin Courrade (1634)

Par le Dr J. Janicot,
Médecin consultant à Pougues (1).

En 1633 la puissante maison de Gonzague n'était plus représentée en France que par trois jeunes filles.

Le chef de la famille, Charles II, était allé reconquérir ses états d'Italie et avait emmené avec lui les deux fils qui lui restaient : le duc de Rethelois et le duc de Mayenne.

Ces deux jeunes princes moururent la même année, en 1631, de la peste, qui fit, dit-on, plus de 25,000 victimes à Mantoue.

Le duc de Rethelois seul laissa un enfant né de son mariage avec Marie de Gonzague, fille unique de François, duc de Mantoue.

Cet enfant était âgé de cinq ans à la mort de son père et

(1) Nous devons à l'obligeance de M. le Dr J. Janicot, médecin consultant à Pougues, la communication en épreuves d'une étude sur une curieuse monographie du commencement du XVIIe siècle sur les maladies des femmes. Elle fait partie du deuxième fascicule d'une étude bibliographique et critique très soignée que cet honorable confrère publie — d'après des notes de feu le Dr Félix Roubaud — sur les eaux de Pougues qui, par leur ancienneté et la nature de leur minéralisation, nous ont valu les premiers travaux de médecine hydrologique. L'*Hydre féminine* d'Augustin Courrade compte assurément parmi les plus intéressants. Note de la Rédaction.

n'avait pas quitté l'Italie. Son aïeul, le duc Charles II, était également resté dans le Mantouan, de sorte que les immenses états de la maison de Gonzague situés en France étaient régis par les trois filles du duc Charles II, tantes du jeune duc de Mantoue.

Ces trois filles, toutes remarquables par une beauté éclatante, eûrent des destinées bien diverses.

Marie, l'aînée, qui avait pris le titre de duchesse de Nivernois, aimée de Cinq-Mars qu'elle aimait de son côté, était appelée à devenir deux fois reine, par raison d'Etat.

La seconde, la princesse Anne, épousa Edouard, prince palatin du Rhin. Elle a passé à la postérité, moins par ses mémoires que par l'oraison funèbre que lui consacra Bossuet.

La troisième, enfin, avait embrassé de bonne heure la vie religieuse.

Mais en 1634 la princesse Marie n'était point encore reine de Pologne et la princesse Anne n'était pas princesse Palatine (1). Elles tenaient, soit à Paris, soit à Nevers, une cour brillante où se donnaient rendez-vous les beaux esprits et les femmes les plus élégantes du temps. C'était comme une réminiscence des cours d'amour ou du *Décaméron* de Boccace.

Augustin Courrade était le médecin ordinaire de la princesse Marie. On comprend dès lors que, se mettant au-dessus des préjugés de son époque, il ait publié un traité des maladies des femmes, et qu'il ait voulu être utile à un sexe qu'il admirait à la cour de sa bienfaitrice, alors dans tout l'éclat de la jeunesse, de la beauté, de la puissance et de la fortune.

Le livre de Courrade — première monographie médicale sur les maladies des femmes écrite au point de vue des eaux minérales — parut sous le titre suivant, dont nous respectons, autant que possible, la disposition typographique :

(1) L'une et l'autre se marièrent la même année, en 1645.

L'HYDRE
FÉMININE
Combatve par
la Nymphe pougoise
OV
TRAITE DES
MALADIES DES
Femmes Gveries par
les Eaux de Pougues

par m. AVGVSTIN COVRRADE
Docteur en médecine.

A NEVERS
Par IEAN MILLOT, imprimeur et libraire
de Son altesse Serenissime de Mantoue.

M. DC. XXXIV

Bien que présenté sous la forme d'une allégorie tirée de la fable, cet ouvrage est très-remarquable pour l'époque qui le vit naître.

Etudiant les principales maladies qui affligent les femmes, Courrade les compare aux têtes toujours renaissantes de l'hydre et fait de chacune une tête. Il y en a sept en tout. Voici comment il les classe dans cette première partie de son livre.

1re tête de l'hydre: *De la stérilité.*

2e tête de l'hydre: *Du défaut des menstrues.*

3e tête de l'hydre: *Des fleurs blanches.*

4e tête de l'hydre: *De l'amour, fureur de matrice et mélancolie.*

5e tête de l'hydre: *De la suffocation de matrice.*

6e tête de l'hydre: *Des pasles couleurs.*

7e tête de l'hydre: *Des tumeurs de la matrice.*

L'examen de ces diverses maladies constitue la première partie du livre de Courrade, ou son: « TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES. »

Dans la seconde partie intitulée: « LES ARMES D'HERCULE ou TRAITÉ DES EAUX DE POUGUES » l'auteur compare les effets de ces eaux minérales contre les maladies énumérées plus haut aux sept travaux d'Hercule.

A l'exemple d'Hercule, qui, pour terrasser les monstres, n'employa que trois sortes d'armes: la massùe, le fer et le feu, les eaux de Pougues n'ont à opposer aux têtes de l'hydre que trois éléments qui sont: le fer, le nitre et le vitriol.

Comme on le voit, l'allégorie se continue, même pour la composition chimique des eaux, de laquelle l'auteur exclut formellement le soufre.

Dans trois chapitres séparés, il fait ensuite l'histoire de chacun de ces éléments, et dans un dernier chapitre intitulé: « *l'Hydre abattue*, » il les préconise, sous la forme des eaux de Pougues, contre les maladies qui constituent les sept têtes de l'hydre.

Telle est, dans son ensemble, l'allégorie imaginée par Augustin Courrade.

Nous passerons sous silence, parce qu'elle n'a plus aujourd'hui aucun intérêt, l'histoire du fer, du nitre et du vitriol, telle que la trace Courrade. Elle excita très-probablement l'admiration de ses contemporains en 1634. Elle ferait rire en 1879.

Le dernier chapitre, « *l'Hydre abattue*, » c'est-à-dire l'application des eaux de Pougues dans les maladies des femmes, doit

naturellement, dans un travail dont Pougues est le point central et de convergence, attirer notre attention.

Mais la première partie du livre de Courrade, autrement dit: sa pathologie utérine, est incontestablement la plus intéressante, pour ceux surtout qui aiment à comparer le présent de la science à son passé, et à mesurer ainsi l'étendue des progrès accomplis.

Nous nous arrêterons donc tout spécialement sur cette première partie; mais pour ne pas tomber dans des redites et pour présenter d'un seul coup l'histoire complète de chaque maladie: pathologie et thérapeutique, nous mettrons à côté de chaque tête de l'hydre : « l'arme pougoise, »— comme dirait Courrade, — qui l'aura abattue.

PREMIÈRE TÊTE DE L'HYDRE.

De la stérilité.

La stérilité n'est pas une infirmité propre à la femme; elle peut se trouver chez l'homme, où elle prend le nom d'impuissance, bien qu'il y ait des hommes inféconds, observe judicieusement Courrade, qui ne sont nullement impuissants.

Parfois la stérilité ne dépend ni de l'homme, ni de la femme, mais tient à une désharmonie de rapports se rattachant à des causes occultes. C'est ce qu'on a appelé la *stérilité relative*. Ainsi comprise, cette stérilité là n'existe pas.

La stérilité de l'homme n'entre pas dans le plan de Courrade, et quant à la stérilité relative, il ne veut pas perdre son temps à rechercher des causes occultes. On ne peut que l'en féliciter.

Reste donc la stérilité de la femme qu'il a le projet de faire connaître comme la première tête de l'hydre.

A l'époque de Courrade, la fonction ovarienne n'était même pas soupçonnée. Tout le travail de la génération, comme celui de la gestation, se passait dans la matrice. Celle-ci sécrétait une

semence qui, pendant l'acte copulateur, se mêlait à la semence de l'homme, et de ce mélange, opéré dans la matrice même, naissait le nouvel être qui, sans changer de place, trouvait là sa nourriture.

Telles étaient, *grosso modo*, les notions que possédait l'époque de Courrade sur la génération. Aussi notre auteur croit-il être d'une logique inexpugnable quand il définit la stérilité de la femme « *l'impuissance de la matrice à concevoir des enfants.* »

Les causes de cette impuissance sont, d'après Courrade, externes ou internes.

Les causes externes sont :

1° L'air — dont certains vents rendent les femmes infécondes, comme il arriva à celles d'Agrigente et à celles de Scythie, au rapport d'Hippocrate. Attendons un peu plus d'un siècle, et Abraham Johnson nous prouvera que par l'influence seule de l'air — en se mettant sous le bon vent ! — les femmes peuvent concevoir sans le secours de l'homme « *Lucina sine concubitu.* »

2° Le boire et le manger — surtout le boire poussé jusqu'à l'intempérance, jusqu'à l'ivrognerie. En ce qui touche le manger, les raisonnements sur lesquels Courrade étaye sa proposition sont singulièrement... *intempérants* et difficiles à saisir. Mais il convient d'observer qu'il était dans le vrai en rangeant l'ivrognerie parmi les causes de stérilité de la femme. Encore un fait d'observation que l'on pourrait croire de découverte récente et que nous trouvons consigné tout au long dans un livre de 1634 !

3° Les passions de l'âme. — Mais il les faut véhémentes ; et même parmi les plus véhémentes il n'y en a que deux : la haine et la jalousie, qui produisent certainement la stérilité. — Courrade serait peut-être embarrassé d'expliquer le sentiment qu'éprouvent une femme, une fille violées et qui deviennent mères. A coup sûr ce sentiment est plus près de la haine que de l'amour. Quant à la jalousie, il la faut porter au chapitre des profits et pertes.

4° Les mouvements immodérés. — Courrade veut parler de la danse ; mais il tient en trop grande admiration les plaisirs

de la cour de la princesse Marie pour se permettre la moindre critique. Il glisse donc. Que dirait-il aujourd'hui, grand Dieu, s'il voyait danser certaines valses ou le *rill?* Il déclarerait la fin du monde prochaine.

5° Les influences astrologiques. — Mais il laisse soupçonner qu'il n'a aucune croyance à l'astrologie. C'est d'autant plus méritoire qu'on n'était pas loin de Catherine de Médicis et de Come Ruggieri.

6° Les sortiléges. — Courrade aime mieux s'en rapporter aux théologiens et n'admet pas les exorcismes dans sa thérapeutique.

Faisons comme lui et passons aux causes internes de la stérilité de la femme.

Courrade en admet sept :

1° Les intempéries générales et les intempéries spéciales à la matrice. — Les premières constituent ce que nous appelons aujourd'hui les tempéraments; quant aux secondes, nous ne comprenons pas ce que Courrade entend par là.

Suivant lui, l'intempérie froide et humide, c'est-à-dire le tempérament lymphatique, serait une cause de stérilité; mais l'observation journalière lui donne tort. Il est plus exact quand il parle des femmes chargées de graisse et les dit souvent stériles. « *Pinguia corpora inapta veneri.* »

2° Défaut de la semence de la femme en quantité ou en qualité. Passons vite sur ces idées renouvelées des Grecs et qui se sont évanouies devant les fonctions des ovaires.

3° Les troubles de la menstruation. — Renvoyés à la seconde tête de l'hydre.

4° Les fleurs blanches. — Renvoyées à la troisième tête de l'hydre.

5° Les vices de conformation. — Il n'est guère question ici que de l'occlusion de la vulve par une membrane plus résistante que l'hymen (??, et d'une déviation naturelle du col de la matrice qui « *n'est pas droict, ains tortu et oblique, et par ce défaut la matière ne peut être iettee droict ny attiree, et par consequent*

perduë. » — Evidemment Courrade met sur le compte des vices de conformation les déviations utérines qui sont si communes et si fréquemment causes de stérilité; mais il nous suffit de constater qu'il leur a donné leur véritable physionomie dans le sujet qui l'occupe.

6° Les maladies de la matrice — telles que tumeurs, ulcères, callosités, moles et autres, qui rentrent dans d'autres têtes de l'hydre.

7° Enfin, la stérilité peut être provoquée, si l'on peut ainsi dire, par « *des fumées, vapeurs, racines, fleurs, herbes, poissons, animaux, lesquelles ie me donneray bien garde de publier, à cause de la legerete de quelques esprits qui pourroient en abuser.* »

Et Courrade a raison. Quand on possède de pareils secrets, on les garde pour soi.

La thérapeutique de la stérilité par les eaux de Pougues ne rachète pas la pauvreté qui caractérise l'énumération de ses causes. Il faut d'abord distraire de cette thérapeutique la stérilité par causes externes et celle qui tient à des vices de conformation.

Reste donc la stérilité par intempéries, par troubles de la menstruation, par fleurs blanches, enfin par maladies de matrice.

On sait que la théorie des intempéries en admettait quatre espèces, qui rarement se présentent toutes ensemble, mais qui, au contraire, vont d'habitude deux par deux. Ces intempéries sont : la chaude et la froide, la sèche et l'humide.

La sécheresse est la compagne ordinaire de la chaleur, et l'humidité celle non moins constante du froid; cependant cette règle n'est pas sans exceptions, car de même que l'on voit des états atmosphériques caractérisés par de la chaleur humide et du froid sec, de même on trouve des organismes présentant, tout à la fois, d'un côté : les intempéries chaude et humide, de l'autre : les intempéries froide et sèche.

De ces quatre intempéries, trois, selon Courrade, sont certai-

nement tributaires des eaux de Pougues. Ce sont : la chaude, la sèche et l'humide.

La première, parce que l'eau par sa température communique une fraîcheur « *gracieuse* » à tous les organes.

La seconde — la sèche — parce que l'eau la combat par l'humidité qui lui est propre.

Quant à la troisième « *comme elle est tousiours côpagne des humeurs superfluës* » l'eau, par ses propriétés diurétiques et purgatives, évacue une partie de ces humeurs et fait ainsi disparaître cette cause de stérilité.

Ce serait le cas de s'écrier avec Molière : « Et voilà pourquoi votre fille est muette ! »

Quant à l'intempérie froide, Courrade, assez logique dans sa naïveté, se refuse à la voir modifiée par les eaux de Pougues qui, — il le proclame plus haut, — modèrent et rafraîchissent l'intempérie chaude.

Mais au milieu de ce pathos sur les intempéries, Courrade édicte un précepte qu'il ne faut pas se lasser de répéter, si l'on veut conserver aux eaux minérales leur prestige et leur véritable valeur.

« *Pour moy, dit-il, ie n'ay iamais creu qu'elles fussent profi-*
« *tables à l'intempérie froide; car c'est trop se flater, que de les*
« *vouloir rendre si vniuersellement bonnes, qu'à toutes sortes d'af-*
« *fectiôs on s'en puisse seruir : tout au côtraire ie dis fort fran-*
« *chemèt que côme elles produisent de beaux effects, lorsqu'on les*
« *applique aux maladies ausquelles elles sont propres, aussi sont-*
« *elles fort nuisibles, lorsqu'on en vse imprudemment aux affec-*
« *tions ausquelles elle ne peuvent servir.* » (*Loc. cit.*, pages 178-179.)

On devrait crier cette vérité sur les toits, et nous voudrions voir ce franc langage de Courrade reproduit sur la porte d'entrée de tout établissement thermal, aussi bien pour l'intérêt des malades que pour la dignité de l'art et l'avenir des eaux minérales françaises.

Mais poursuivons.

Courrade est comme honteux de ne pouvoir expliquer les

vertus curatives des eaux de Pougues que par leurs propriétés physiques les plus banales : la fraîcheur et l'humidité. Vite il se ravise et prête au nitre un pouvoir occulte qu'il ne peut expliquer que par analogie :

« *Si les femmes des Egyptiens*, dit-il, *sont si fertiles à cause de*
« *la boisson de l'eau du fleuue du Nil, qu'elles portent souvent*
« *trois et quatre enfants, d'autant que ce fleuue produit vne*
« *grâde quantité de salpêtre, de mesme les eaux de Pougues,*
« *qui tirent partie de leurs perfections de ce mineral* — le nitre —
« *seront sans doute très-propres pour celles qui ne font point*
« *d'enfants.* » (*Loc. cit.*, page 181.)

Certes, on ne s'attendait guère à voir le Nil en cette affaire.

Quant aux stérilités dues aux troubles de la menstruation, aux fleurs blanches, aux tumeurs ou ulcères de la matrice, nous allons les retrouver dans d'autres têtes de l'hydre qui nous occuperont moins longtemps que la première.

SECONDE TESTE DE L'HYDRE

Du défaut des Menstrues

Ce chapitre est presque entièrement consacré à la physiologie de la menstruation, telle que la comprenait la science de cette époque.

Contrairement à l'opinion d'Hippocrate et se fondant, par analogie, sur l'exemple des mammifères, Courrade n'admet pas que le sang des règles doive servir à la nourriture du fœtus; pour lui, au contraire, c'est un sang impur dont la nature se débarrasse. Aussi, de combien de maux est suivie la rétention de ce sang, alors qu'il se mêle au sang pur de l'organisme! Mais il ne nous est pas expliqué comment, avant la puberté, ce « sang impur » retenu dans l'économie ne détermine aucun accident.

Cette objection ne vient pas à l'esprit de Courrade, qui répond toutefois à une autre.

Si le sang menstruel, lui dit-on, n'est pas mis en réserve, pendant la grossesse et l'allaitement, pour la nourriture du fœtus et de l'enfant, comment se fait-il que la fécondité soit indissolublement liée à l'existence des règles et que la femme soit incapable de procréer avant l'apparition des menstrues et après la ménopause?

La question, bien qu'embarrassante, n'est pas insoluble pour Courrade. Voyez plutôt.

A l'âge de la puberté, la semence se forme sous l'influence d'un mouvement qui accroît la chaleur naturelle, laquelle raréfie les conduits par lesquels s'écoule le sang impur. Il existe donc une corrélation entre les règles et la formation de la semence, sans laquelle la femme ne peut procréer.

A la ménopause, les choses ne se passent point ainsi, car la science d'alors admettait la continuation de la sécrétion de la semence après la cessation des règles. L'infécondité de l'âge critique s'explique :

1° Par l'abolition de la faculté procréatrice, qui enlève à la matrice toute son action;

2° Par l'altération de la semence qui, par l'effet de l'âge, se dépouille de ses esprits génératifs.

Sous l'influence de ces diverses circonstances, la matrice se dessèche, les orifices des veines qui y aboutissent s'oblitèrent, si bien que le sang menstruel et celui qui sert à la nourriture du fœtus n'y peuvent plus arriver.

De cette manière, la cessation des menstrues, à l'époque de la ménopause, est liée à l'inaptitude à la fécondation comme l'effet l'est à la cause.

Telle est, rapidement résumée, la théorie de la menstruation professée par Courrade.

Les conséquences qui résultent, au point de vue de la fécondation, de la suppression ou de l'excès des règles, sont maintenant faciles à déduire.

Lorsque le sang impur des règles est retenu dans l'économie,

il se mêle forcément au sang pur qui sert, tout à la fois, à la formation de la semence et à la nourriture du fœtus. Il altère en même temps, dans l'une la vertu procréative et dans l'autre les propriétés nutritives.

Dans le flux immodéré des règles, il est impossible que beaucoup de sang pur ne s'échappe pas avec le sang impur, et cette déperdition amène dans tout l'organisme et, par suite, dans la semence, une débilité qui la prive de ses esprits génératifs. C'est ainsi que les troubles de la menstruation peuvent devenir des causes de stérilité, sans parler des autres maux que ces troubles traînent à leur suite.

Nous ne reproduirons pas l'énumération qu'en fait Courrade. Elle est, à peu de choses près, semblable à celle que l'on admet aujourd'hui.

Mais quelles sont les causes qui peuvent amener ces troubles de la menstruation ?

Pour la suppression des règles, Courrade admet des causes externes et des causes internes. Parmi les premières, il faut placer l'abstinence et la continence, comme chez les religieuses ; les passions de l'âme, la peur, la mélancolie, les chagrins d'amour, etc.

Parmi les causes internes, on remarque l'obstruction des vaisseaux déterminée par quelque intempérie, par un vice de conformation, par un excès de graisse qui bouche ou presse les orifices, et enfin par une déviation ou renversement de la matrice.

Le flux immodéré des règles tient à plusieurs causes ; mais la principale se tire du sang qui tantôt se trouve en trop grande quantité et tantôt est altéré dans sa composition : dans le premier cas, il rompt les vaisseaux par l'énergie de la pression qu'il exerce contre leurs parois, et dans le second, il s'écoule par les anastomoses.

D'après cette étiologie, on devine la manière dont Courrade va expliquer l'action de Pougues dans ces troubles de la menstruation. Nous ne voyons pas la nécessité de le suivre dans sa démonstration ; cependant nous en voulons retenir un sage pré-

cepte de pratique, à savoir que, dans les métrorrhagies, il ne faut recourir aux eaux de Pougues qu'une fois l'accident passé : « *Car, dit-il, il ne se faut pas imaginer que l'usage des eaux se* « *puisse ou se doiue adapter à la maladie faite, c'est-à-dire lors* « *qu'actuellement les femmes ont ces vuidâges immodérées : car* « *alors par leur subtilité pénétrante, elles les augmenteroient :* « *ains en ce tèps il faut vser de remedes, qui peuvent refrener* « *l'impétuosité et l'acreté du sang, comme sont les rafraichissans* « *et èspoississans tout ensemble, mais l'euacuatiò cessée et appai-* « *sée, pour l'amandement de la cause qui produiroit ces éuations* « *à l'aduenir, nous ordonnons auec certaine asseurance et profit* « *l'vsage des dites eaux* » (*loc. cit.* pag. 185-186).

La pratique donne complétement raison à Courrade quant au fait. Mais pour l'explication qu'il en donne, c'est autre chose.

TROISIESME TESTE DE L'HYDRE.

Des fleurs blanches.

Les fleurs blanches sont des humeurs corrompues, de couleurs différentes selon l'humeur qui se corrompt ; ces humeurs sont le sang, la bile, la mélancolie et le phlegme.

Si la corruption est dans la masse du sang, la perte sera blanche.

Si elle attaque la bile, elle sera jaunâtre ;

Si elle atteint l'humeur mélancolique (ce qui est plus rare), la couleur sera noirâtre ;

Enfin, la corruption du phlegme donne à la perte une couleur livide.

Dans tous les cas, la cause est générale et ne réside pas dans la matrice.

Courrade, comme tous les auteurs de son temps, admet une seconde espèce de fleurs blanches, qu'il nomme « *Gonorrhée* » et qu'il ne faut pas, dit-il, confondre avec « *celle qui est contractée pour auoir monté sur les chevaux de Naples* ».

Cette gonorrhée, ainsi distinguée de la blennorrhagie vénérienne, est constituée par la perte de la semence. C'est la leucorrhée la plus dangereuse, c'est la spermatorrhée de la femme.

Dans les flueurs blanches dues à la corruption des humeurs, les eaux de Pougues ont une double action : elles rectifient les humeurs en modifiant les intempéries qui leur donnent naissance et en appelant du côté des reins et des intestins les humeurs corrompues qui encrassent les vaisseaux de la matrice.

Pour le phlegme, comme il est produit par l'intempérie froide, Courrade préférerait opposer à sa corruption les eaux chaudes : « *cependant*, ajoute-t-il, *les humeurs phlegmatiques* « *estans ordinairemèt grossières, gluantes et tenaces, elles peuuent* « *estre subtilisées par le benefice des eaux vitriollées et nitreuses,* « *lesquelles par l'abstersion qu'elles procurent, peuuent détacher* « *ces visciditées nuisibles à la nature* » (*loc. cit.* pag. 189).

Quant à la gonorrhée, ou perte de semence, elle est guérie par l'action reconstituante que les eaux de Pougues exercent sur les organes génitaux.

QUATRIESME TESTE DE L'HYDRE.

De l'amour, fureur de matrice et melancholie.

Cette quatrième tête de l'hydre, à propos de laquelle Courrade trouve des phrases émues, parce qu'elle atteint la partie noble de la femme : l'intelligence, cette quatrième tête de l'hydre, disons-nous, comprend : la rêverie ou exagération de l'amour idéal ; la fureur utérine ou exagération de la sensualité ; la mélancolie et l'hypochondrie.

Comme bien on pense, tout cela est produit par des obstructions déterminées par quelque intempérie, et les humeurs, ainsi retenues dans les vaisseaux de la matrice, exhalent des vapeurs qui montent jusqu'au cerveau.

On comprend que nous nous contentions de ces quelques

mots pour exposer cette théorie, bien que Courrade la mette sous le patronage du divin Hippocrate.

Les eaux de Pougues agissent en ces circonstances comme dans toutes les maladies qui reconnaissent pour cause l'obstruction. Elles purifient les humeurs corrompues et débouchent les vaisseaux obstrués.

Cependant Courrade, d'après sa propre expérience et celle du docteur Brisson, estime qu'il faut, par une saignée du pied ou par l'ouverture d'une veine hémorrhoïdale, seconder l'action des eaux de Pougues. A ce prix il répond du succès.

CINQUIESME TESTE DE L'HYDRE.

De la suffocation de matrice.

La suffocation de la matrice n'est pas autre chose que l'hystérie ; seulement Courrade n'y fait entrer que la forme non convulsive de cette grande névrose, « *car ceux*, dit-il, *qui les pre-* « *miers veirent une femme sans sentiment, priuée de mouuement,* « *sans respiration, sans poulx, avec un visage pasle et terni, auec* « *une froideur et roideur de tout le corps, ne iugerent-il pas aussi-* « *tost que ce n'estoit ny le frère ny la sœur de la mort, mais que* « *c'estoit la mort mesme, et néantmoins se tromperent : car c'es-* « *toit une suffocation de matrice, laquelle n'est que trop cogneuë* « *par le dénombrement des signes que ie viens de faire* » (*loc. cit.* pages 87-88).

Ces accidents sont dus à la pression exercée par la matrice sur le diaphagme, vers lequel elle se porte, soit par l'effet de la plénitude des vaisseaux, soit par suite de la corruption du sang menstruel et surtout de la semence.

« *Or*, dit Courrade — dans « l'hydre abbattue » partie thérapeutique des eaux de Pougues — *nos eaux facilitant l'exclusion* « *des purgations menstruelles, nettoyant les conduits apparte-* « *nans à la génération, rectifiant toute l'œconomie naturelle et* « *donnãt à toutes les parties basses vne fraicheur doucereuse, dé-*

« *truisent par conséquent les causes qui peuuent engendrer ceste* « *affection* » (*loc. cit.* pages 193-194).

SIXIESME TESTE DE L'HYDRE.

Des pasles couleurs.

Dans ce chapitre, où la symptomatologie laisse bien peu à désirer, Courrade met au nombre des causes de la chlorose deux phénomènes qui en sont plutôt des effets : la rétention des règles et le *pica*, ou aberration du goût en faveur de substances non alimentaires.

Ces deux causes engendrent la corruption dans la masse du sang, qui perd ainsi sa couleur naturelle et donne aux tissus la pâleur d'où la maladie tire son nom.

Les eaux de Pougues combattent cet état en purifiant les humeurs, grâce au vitriol qu'elles contiennent, et en entraînant la matière corrompue dans les selles et dans les urines.

SEPTIESME TESTE DE L'HYDRE.

Des tumeurs de la matrice.

« *Ces tumeurs arrivent ou au corps de la matrice, ou aux vais-* « *seaux, ou dàs la capacité d'icelle, au corps arrivent le phleg-* « *mon, l'érysipèle, l'œdème, le scirrhe, le cancer, aux vaisseaux,* « *des varices, ou de grandes et insignes obstructions, dans la ca-* « *pacité, l'hydropisie et la mole* » (*loc. cit.* page 110).

Tel est le cadre dans lequel Courrade range les maladies de matrice qu'il décrit d'une manière remarquable.

En faisant la part des doctrines humorales que professait cette époque et que nous avons vu dominer dans tout ce *Traité des maladies des femmes*, il faut reconnaître qu'en l'absence des

moyens d'investigation que nous possédons aujourd'hui, les praticiens du dix-septième siècle—voire même du commencement du siècle — avaient des idées assez exactes sur les maladies de l'utérus. Ainsi, ils connaissaient l'engorgement, qu'ils appellent œdème, et le phlegmon que l'on croyait de découverte récente; le cancer, ulcéré ou non ulcéré, est décrit, en quelques lignes, d'une manière saisissante; les rougeurs et congestions superficielles — sous le nom d'érysipèle — les granulations, les ulcérations du col, sont décrites comme si Courrade avait eu le spéculum à sa disposition. Il n'est pas jusqu'aux tumeurs hydatiques qui ne lui soient connues.

Au point de vue de la thérapeutique de ce qu'il vient de décrire sous le nom de tumeurs de la matrice, Courrade ne se fait aucune illusion sur l'action négative des eaux de Pougues; il n'émet quelques doutes que relativement aux moles et à l'hydropisie de la matrice; et encore, malgré son explication humorale, se tient-il sur une réserve extrême.

Tel est ce livre très original et très curieux, conçu d'après le mode poétique, et qui, néanmoins, d'un bout à l'autre, se maintient rigoureusement dans les limites de la science d'alors. On comprend fort bien, après l'avoir lu, qu'Adam Billault, le chantre enthousiaste de Marie de Gonzague, ait comme remercié Courrade au nom de la brillante cour de Nevers, et qu'un autre poëte — un confrère celui-là — ait pu dire avec verité, s'adressant à la nymphe des eaux de Pougues :

« *Ma nymphe asseurez-vous que par ces beaux escrits,*
« *Par ce docte trauail, par ce diuin ouurage,*
« *Les dames désormais vous iront faire hommage.*

REVUE DE LA PRESSE

BLENNORRHAGIE DE L'UTÉRUS

MÉTRITE MUQUEUSE BLENNORRHAGIQUE (1)

Par le Dr Ch. Rémy,
Chef du laboratoire d'histologie de la Charité.

(Suite) (2).

Symptômes.— La métrite blennorrhagique a un début brusque. Elle est marquée par quelques phénomènes généraux : de la fièvre, de la courbature, qui forcent la malade à garder le lit pendant un ou deux jours, une semaine au plus. Il s'y joint de suite de la douleur, mais rien n'est variable comme cette douleur. Tantôt elle a pour siége fixe l'utérus, qui est douloureux au toucher ; tantôt la douleur, plus vague, est diffuse autour du pubis ; tantôt elle s'étend aux flancs, et elle peut être le signe d'une propagation de la blennorrhagie aux trompes utérines. Ou encore, elle donne lieu à diverses douleurs irradiées et réflexes dans les lombes, dans les cuisses (névralgie crurale). Cette douleur est un signe d'une valeur certaine. La douleur n'existe pas dans la blennorrhagie vaginale, mais elle apparaît aussitôt que la muqueuse utérine et tubaire est atteinte. Cette douleur force les malades à se plaindre de leurs souffrances. Les explorations médicales l'exaspèrent. J'ai observé la douleur si intense, qu'une de mes malades présentait des attaques d'hystérie lorsqu'on lui touchait le col à l'aide du spéculum.

La douleur du ventre est aussi parfois très-vive et accompagnée de ballonnement, de nausées, symptômes qui font soup-

(1) Travail extrait de la *Gazette médicale de Paris*, nos 1, 5 et 6, 1879.
(2) Voir le numéro d'avril 1879.

çonner l'existence d'une péritonite localisée. Le plus souvent tout s'arrête, mais nous avons vu à l'anatomie pathologique que de véritables péritonites mortelles pouvaient résulter de la propagation de la blennorrhagie à l'utérus et ses annexes. Ricord, pour reconnaître l'affection tubo-ovarienne, recommandait de rechercher l'existence d'un point douloureux dans cette région, et faisait remarquer que la douleur localisée au flanc était toujours soulagée lorsque la malade se couchait sur le flanc, pour cette raison que le ligament cessait d'être tiraillé.

Dans les cas habituels, les troubles généraux cessent rapidement, mais il se produit dans l'organe des modifications de forme, de sécrétion, sur lesquelles je vais insister.

L'utérus reste en place, et il conserve sa mobilité lorsqu'il n'y a pas de complication tubaire, mais il modifie sa forme. Le col n'est plus aussi fortement conique, il diminue de longueur. En même temps l'orifice s'arrondit, s'ouvre, devient infundibuliforme. La muqueuse du col apparaît par cette dilatation rouge et tuméfiée; mais, malgré cette ouverture, le col s'hypertrophie peu; même dans les blennorrhagies les plus fortes et les plus invétérées, il n'atteint jamais le double de son volume normal.

Il n'y a pas, comme à la suite d'une grossesse, une augmentation considérable de volume, des cicatrices à la périphérie du col. La lésion se localise à la muqueuse de la cavité du col. Dans des cas tout à fait anciens, la muqueuse de la cavité peut donner naissance à des bourgeons charnus, fongueux, qui dilatent encore davantage la cavité du col.

Cette modification de l'orifice utérin est constante, mais elle ne saute pas aux yeux; il faut la chercher pour la connaître, et un examen superficiel pourrait souvent faire conclure faussement à une intégrité de l'organe.

La muqueuse vaginale qui recouvre la face extérieure du museau de tanche participe aux lésions de tout le vagin. Elle est rouge vif, dépolie, couleur cerise, comme dépouillée d'épiderme.

Si la blennorrhagie est ancienne, la couleur rouge a pâli. Le

col a repris son épithélium, mais il reste çà et là des petits points saillants, rouges, qu'on désigne sous le nom de granulations.

Quelquefois, pendant la cicatrisation, l'épithélium se dépose en plaques irrégulières, blanches, qui simulent des plaques muqueuses.

Le museau de tanche présente souvent, pendant le cours de la blennorrhagie utérine, récente ou ancienne, des exulcérations superficielles se continuant en pente douce avec les tissus sains placés circulairement autour du col; ces ulcérations sont toujours de peu d'étendue, elles cèdent avec facilité au traitement de la blennorrhagie. Nous en reparlerons à l'article: « Diagnostic ».

Par l'orifice du museau de tanche, dont nous avons déjà décrit les modifications anatomiques, s'écoule un liquide spécial dans quelques cas, ce liquide, doué d'une viscosité extraordinaire, ne peut être détaché du col qu'avec beaucoup d'efforts; il est absolument transparent. Il forme une espèce de bouchon gélatineux à l'orifice de l'utérus, qu'il semble dilater.

Cette sécrétion, due aux glandes du col utérin, est un signe assuré d'inflammation de la muqueuse. Il n'est aujourd'hui personne qui veuille soutenir l'idée émise autrefois par Nélaton et défendue par Hédouin, un de ses élèves (*Propositions sur les écoulements génitaux de la femme*, 1848), à savoir que cette sécrétion est normale dans l'intervalle des règles. Bennet (*Traité de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes*, 1850), Ch. Robin, Aran, Gallard, Guérin, Courty, Rollet, s'accordent tous pour regarder cette sécrétion comme morbide, malgré sa limpidité; ils la rattachent tous à une cause inflammatoire, et A. Guérin, en particulier, l'a attribué à la métrite muqueuse, qu'il croit souvent de cause blennorrhagique. On a rappelé, avec juste raison, que la muqueuse pituitaire enflammée sécrétait un liquide limpide. On sait aussi qu'au début de la pneumonie, le crachat est formé par un liquide clair et d'une viscosité caractéristique. D'après Aran, il ne s'écoulerait à l'état normal

aucun liquide par l'orifice du col dans l'intervalle des époques menstruelles.

Souvent cette sécrétion limpide n'est que temporaire, le liquide se trouble, devient purulent, et ressemble tout à fait au pus blennorrhagique. Mais dans la majorité des cas, lorsque la période aiguë est passée, le liquide limpide et visqueux reparaît à nouveau.

Un dernier symptôme, c'est le trouble menstruel. Ce trouble fonctionnel utérin est le plus saillant; c'est celui qui a attiré notre attention. Une femme qui est atteinte de blennorrhagie vaginale peut avoir des règles normales; mais, toutes les fois qu'elle aura une complication utérine, éclateront des troubles menstruels.

La congestion utérine menstruelle devient douloureuse, les douleurs dont j'ai déjà parlé s'exagèrent, enfin l'écoulement se fait. La menstruation peut être troublée par diminution ou par excès.

Dans un certain nombre de cas, les premières règles qui surviennent après l'invasion de la blennorrhagie utérine sont de véritables pertes durant cinq, six, sept jours, quelquefois deux septénaires. Dans la suite, la perte du sang est moindre.

C'est souvent pour la perte seule que le médecin est consulté. Il trouve un utérus douloureux, de volume normal, libre et mobile. Les flancs et les reins sont endoloris. Il n'y a pas eu de grossesse, pas d'excès récents; seulement, dans le mois qui a précédé la menstruation, sont survenues d'abondantes pertes blanches, continues, qui tachent le linge en vert.

Dans d'autres cas la menstruation est douloureuse, très-irrégulière, mais moins abondante; les femmes ne voient que du sang rose.

Il faut attacher de l'importance à ce trouble menstruel; car, lorsqu'il succède à des pertes blanches venues rapidement et persistantes, il est un signe presque certain de blennorrhagie, et, à de rares exceptions, l'examen des organes génitaux confirme la présomption qu'on avait tirée de l'interrogatoire des malades.

On peut objecter à nos conclusions que le trouble menstruel peut être simplement le résultat de l'excitation de voisinage déterminée par la présence d'un foyer inflammatoire voisin de l'utérus. Je ne nie pas que cette objection n'ait quelque apparence de fondement, car on sait que les règles peuvent être provoquées artificiellement par des excitants de diverse nature appliquées sur les organes génitaux; mais j'ai une réponse péremptoire : lorsqu'on a lu l'observation de Monier, il est impossible de douter de l'existence d'une lésion de la muqueuse utérine dans le cas de blennorrhagie; et, d'autre part, comment expliquer sans lésion, non-seulement les troubles sensitifs, mais encore les modifications anatomiques du col, ses modifications sécrétoires? En présence d'une symptomatologie spéciale, d'une lésion matérielle, il est bien plus naturel d'admettre une métrite muqueuse blennorrhagique que d'établir des hypothèses sur les troubles nerveux réflexes et les troubles trophiques qui dérivent de ces troubles nerveux.

Les troubles de la menstruation n'existent pas seulement pendant la période aiguë de la blennorrhagie; si la muqueuse utérine n'est pas guérie, même après l'amélioration du vagin, les règles restent douloureuses, difficiles, irrégulières. La plupart des prostituées, qui sont aussi blennorrhagiques, ont des métrorrhagies (Parent-Duchâtelet). Je ne pense pas qu'il puisse se produire chez elles des avortements répétés, comme l'a écrit Gallard.

Lorsque l'affection dure un certain temps, les femmes prennent un facies utérin, elles semblent atteintes d'une grave affection, et, en effet, on peut être inquiet de voir l'utérus augmenter de volume, la muqueuse devenir fongueuse, ulcérée. Dans ces cas, qui sont très-rares, le diagnostic avec le cancer peut être mis en question; mais, comme la guérison se produit définitivement au bout d'un temps court de traitement, le doute ne peut être longtemps permis.

Obs. II. — *Blennorrhagie de l'utérus, hémorrhagies, douleurs; pas de guérison.*

F.... (Célestine), 18 ans, entre à Lourcine le 8 mai 1874. Elle est malade depuis un mois, sa santé était excellente jusque-là.

Elle présente un chancre rond excavé, non suppurant, sur la petite lèvre droite, accompagné d'un ganglion du même côté. Il guérit au bout d'une dizaine de jours, et à la suite, le 2 juin, parurent quelques papules roses, disséminées sur le corps, qui furent considérées comme une roséole syphilitique, et ce furent tous les accidents.

En deuxième lieu, on découvre une vive rougeur de la vulve, accompagnée d'un léger écoulement blanc. La malade n'est examinée au spéculum qu'après la cicatrisation de son chancre. Le 17 mai, elle a une vaginite intense, les parois du vagin sont d'un rouge vif, et couvertes d'une sécrétion purulente. Cette vaginite est soignée par la méthode habituelle de tamponnement de la cavité vaginale par des tampons de coton renfermant de l'alun en poudre. Elle s'améliore assez pour que la malade sorte à la fin de juillet. Jusque-là il n'est rien dit de l'état du col.

Le 27 août suivant, la malade rentre à l'hôpital: elle a une hémorrhagie utérine qui dure depuis trois semaines, qui s'accompagne de vives douleurs dans le ventre, principalement dans les flancs, et qui rendent nécessaire le repos au lit.

Le repos suffit à arrêter l'hémorrhagie, les douleurs cessèrent et une deuxième menstruation se fit sans nouvelles douleurs, seulement en trop grande abondance.

La malade sortit après un mois et demi de séjour.

Deux mois après elle reparut à la consultation, se plaignant de douleurs de ventre. On diagnostiqua une métrite, mais elle ne fut pas admise.

Six mois après, cette fille revint de nouveau à l'hôpital et fut soignée, toujours pour une métrite.

Obs. III. — *Blennorrhagie du vagin; extension à l'utérus* (hôpital de Lourcine).

L.... (Marie), 18 ans, entre le 5 mai 1874, pour un écoulement des parties génitales qui dure depuis le mois de mars.

La muqueuse vaginale est d'un rouge vif. L'introduction du spéculum est douloureuse. Il n'y a pas encore d'extension de la blennorrhagie; la vessie est intacte, mais le col utérin présente un orifice arrondi qui s'excave. La violence de la vaginite est telle qu'il existe dans l'aîne droite une légère adénite.

Le 8 juin suivant, la blennorrhagie persiste malgré l'emploi de tampons imbibés de solution de chloral. C'est l'époque de la menstruation. Il se produit une métrorrhagie qui s'accompagne, dans les jours suivants, 12, 13, 14 et 15 juin, de douleurs vives dans l'hypogastre, de fièvre, de symptômes d'embarras gastrique.

Le 15, une introduction du spéculum détermina chez cette fille une véritable crise hystérique.

Le 29 juin, cette fille quitta l'hôpital sans être guérie, mais elle fut obligée d'y rentrer le 5 août suivant. Elle avait souffert pendant sa menstruation de douleurs aiguës. Elle présente actuellement une vaginite de médiocre intensité, mais son col est rouge, un peu grossi, l'orifice en est largement ouvert et laisse écouler un liquide tantôt filant et transparent, tantôt muco-purulent.

Obs. IV. — *Blennorrhagie vaginale et utérine contagieuse.*
(Service de M. Lancereaux, hôpital de Lourcine.)

L... (Aline), 18 ans, couturière. Elle a contracté, dans les premiers jours de février 1875, une blennorrhagie vaginale qui produit un écoulement verdâtre, tachant le linge, excoriant la partie supérieure des cuisses. Cette blennorrhagie s'est vivement étendue à la vessie; il y a eu de la cystite du col avec hématurie.

Au commencement d'avril, début de douleurs dans le ventre vers la région ovarienne de chaque côté. Les règles qui parurent à la suite de ces douleurs étaient très-modifiées, très-peu abondantes.

Vive douleur à l'introduction du spéculum, vagin rouge rempli de pus; le col légèrement hypertrophié, laisse écouler en abondance un mucus transparent.

Le vagin et la vessie furent améliorés assez rapidement, mais le col utérin augmenta encore de volume. Un écoulement purulent succéda à l'écoulement transparent, la malade conserva des douleurs dans l'abdomen. Elle sortit, guérie en apparence, vers la fin de juin 1875.

Quelques mois plus tard, je revis cette fille. Elle souffrait toujours de douleurs abdominales, avait toujours des pertes blanches. Je sus, en outre, qu'elle avait communiqué la blennorrhagie à un de ses amants,

OBS. V. — *Métrite, uréthrite, vaginite, blennorrhagie.*

Maria P..., 19 ans, entre à l'hôpital de Lourcine le 28 janvier 1875. Elle souffre, depuis quatre mois, d'un écoulement vaginal qui a beaucoup augmenté depuis un mois.

Elle a une blennorrhagie vaginale intense, le vagin est rouge-cerise, couvert de pus. La blennorrhagie s'est étendue à la vessie. La miction est très-douloureuse.

Le col utérin est rouge, dépoli. Il sécrète abondamment un liquide filant par son orifice dilaté. Il n'y a pas d'hypertrophie du col. La malade accuse des douleurs pubiennes qui peuvent être dues à la cystite, mais, de plus, il y a eu une modification des règles.

6 février. Le col rouge, dépoli, est comme spongieux; il laisse couler une pluie de sang après l'application du spéculum.

26 février. Le col mou, violacé a l'orifice ouvert. Il sécrète des mucosités purulentes. Les règles viennent de cesser; elles ont été très-peu abondantes, l'écoulement était rose. Il y a eu de vives douleurs lombaires et abdominales.

L'utérus grossit un peu, il devient très-douloureux quand on le fait mouvoir; son écoulement continue, tantôt visqueux et transparent, tantôt muco-purulent.

Au mois de juin, la vaginite est enfin guérie, mais le col utérin a presque doublé de volume. Il est aplati, déformé et présente une érosion très-superficielle, l'utérus est douloureux. La métrite n'est certainement pas guérie. La malade sort.

OBS. VI. — *Blennorrhagie du vagin et de l'utérus, hémorrhagies, pas de guérison.*

Emilie B..., 19 ans, hôpital de Lourcine, 21 mars 1875, entre pour des plaques muqueuses de la vulve et pour un écoulement d'apparence blennorrhagique; mais les plaques muqueuses empêchèrent

pendant un mois l'introduction du spéculum. En avril eut lieu le premier examen : le vagin est rouge, rempli de pus ; le col est entr'ouvert, laisse écouler un liquide filant. La malade accuse de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche, dans la région ovarienne.

Au commencement du mois de juin, cette fille a des règles d'une abondance extraordinaire. Lorsqu'elles ont cessé, on constate que le col n'est pas augmenté de volume, mais est toujours entrouvert et sécrète du mucus filant; les douleurs dans le flanc gauche persistent.

L'écoulement transparent se modifie peu à peu. Au 18 juin, il est devenu purulent, et les douleurs abdominales persistent. Cette fille sortit de l'hôpital non guérie.

Obs. VII. — *Blennorrhagie vaginale et utérine.*

Jeanne H...., 24 ans, entre, le 28 septembre 1876, salle Saint-François, à l'hôpital Temporaire.

Elle a des pertes blanches depuis cinq mois. Cette fille est entrée pour se traiter d'érysipèles à répétition qui paraissent à l'époque de ses règles. C'est une grosse fille ayant le type scrofuleux. Ses érysipèles se passent en trois ou quatre jours, ils sont pâles et peu fébriles.

15 janvier 1877. Elle porte sur les joues et le nez des croûtes et des plaques d'épithélium desquamé qui indiquent un érysipèle récent.

La vulve présente un grand nombre de végétations.

La muqueuse vaginale est d'un rouge-cerise, l'introduction du spéculum douloureuse. Le pus sourd de tous côtés des culs-de-sac vaginaux. Le col de l'utérus est petit, rouge, vif, dépouillé d'épiderme. Le volume est normal. Il s'en écoule un liquide visqueux et filant impossible à détacher.

1er février. Etat stationnaire du vagin. Le col, légèrement augmenté de volume, est œdémateux ; il est toujours dépouillé d'épiderme et présente le même écoulement visqueux et transparent. Depuis que la blennorrhagie existe, la malade a constamment des douleurs dans le ventre, surtout à gauche et dans la cuisse gauche, la pression sur le fond de l'utérus provoque de la douleur ; le col est sensible au contact des corps étrangers.

Les règles sont modifiées. Exagérées au début de la blennorrhagie,

maintenant elles ont diminué d'abondance, et à la dernière menstruation la malade n'a vu qu'une très-petite quantité de sang rose.

15 février. Cette fille vient d'avoir un nouvel érysipèle. Il est survenu à la suite des règles douloureuses et très-peu abondantes. Il ne s'est étendu qu'aux deux joues ; les paupières ont été légèrement bouffies; il a duré trois jours, sans fièvre. C'est le troisième érysipèle depuis le début de la blennorrhagie. Ils sont tous survenus au moment des règles difficiles.

A la fin de février, cette fille obtint la guérison de sa vaginite ; mais l'état de l'utérus resta sensiblement le même, les douleurs abdominales persistèrent.

Obs. VIII. — *Blennorrhagie chronique de l'utérus*; *cachexie*; *guérison*. (Hôpital de Lourcine; service de M. Lancereaux.)

Br.., 36 ans, fille de boutique, 9 juillet 1875.

Cette femme souffre depuis quatre ans. Elle a de vives douleurs dans le ventre, elle a des alternatives de pertes rouges et blanches comme dans le cancer. Tous les soins ont été sans succès, le col a été cautérisé au fer rouge.

La malade a le teint cachectique; elle s'est beaucoup amaigrie depuis trois mois ; elle ne tousse pas.

Elle souffre dans le bas-ventre de douleurs excessives qui reviennent par crises; tout son système nerveux est excité; elle dort mal la nuit, elle a des tortillements dans les membres, surtout aux extrémités et au niveau des jointures.

Peut-être est-elle acoolique, car elle avoue boire beaucoup de café. C'est surtout vers les organes génitaux qu'elle attire notre attention. Cystite purulente; vagin rouge et parsemé de points miliaires surélevés, d'un vif rouge. Il est couvert d'un exsudat jaunâtre. Le col est gros; sa muqueuse présente une éruption de petites granulations rouges miliaires. L'orifice du col est très-largement ouvert, béant; il laisse voir dans la cavité une muqueuse bourgeonnante qui saigne très-facilement; il laisse écouler du muco-pus jaunâtre.

Cette femme fut traitée, d'une part, pour la vaginite par des tampons de ouate contenant de l'alun; d'autre part, les bourgeons fongueux de la muqueuse de la cavité cervicale furent touchés avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer.

Après deux mois de traitement, l'écoulement vaginal était supprimé, les granulations disparues, le col rapetissé et les fongosités réprimées.

Le 25 octobre 1875, la malade sortit guérie.

Le 25 novembre 1875, la guérison s'était maintenue, la malade avait pris de l'embonpoint, Le col est petit, son orifice est resserré et n'est plus ulcéré.

Obs. IX.

Valentine, 22 ans, entrée le 5 septembre 1874, a déjà été soignée pour la syphilis et une vaginite en 1872. Elle a actuellement de vives douleurs dans le ventre, des pertes blanches, de la vaginite du cul-de-sac postérieur. Le col est d'un rouge vif, sans érosion, sans hypertrophie ; son orifice s'ouvre et il s'en écoule un liquide transparent. Au moment de la menstruation, en octobre, survient une perte considérable. A la suite, la sécrétion utérine devient muco-purulente, les douleurs augmentent, le séjour au lit avec des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen est devenu nécessaire; il y a un mouvement de fièvre.

Le col ne s'hypertrophia pas à la suite, mais il devint violet, et les bords de l'orifice furent marqués par un petit liséré rouge.

Le traitement le plus utile pour ce cas, fut l'application sur le col, deux fois par semaine, d'un pinceau trempé dans le perchlorure de fer.

Sortie le 24 décembre 1874.

Obs. — *Blennorrhagie vaginale*; *plaques épithéliales sur le col.*

Blanche P..., 19 ans, entre le 9 avril 1874 à l'hôpital de Lourcine pour une vaginite qui dure déjà depuis six mois et qui s'est étendue à l'urèthre et à la vessie. Cette blennorrhagie a provoqué, depuis deux mois, le développement de végétations autour de l'anus.

10 mai. La muqueuse du vagin est rouge, granuleuse comme végétante; sécrétion purulente. Le col est rouge, aplati.

9 juin. Le col est légèrement entr'ouvert. Des plaques lenticulaires blanchâtres, lisses, entourent l'orifice du col, sur les faces duquel quelques-unes s'étendent. Elles sont si analogues à des plaques sy-

philitiques, que nous recherchâmes la syphilis chez la malade, mais sans la trouver.

Cet état du col persista un certain temps.

Le 2 août suivant, nous constatons à la face interne de la lèvre inférieure et à la pointe de la langue de semblables plaques opalines intermédiaires à des surfaces exulcérées rouges. Il fallut donc rester dans l'indécision pour savoir si nous avions eu affaire à des états épithéliaux cicatriciels, ou à des éruptions syphilitiques.

Obs. XI. — *Blennorrhagie vaginale; plaques épithéliales sur le col.* (Hôpital de Lourcine.)

Marie F..., 20 ans: entre le 17 septembre 1874 pour une vaginite. Soumise au traitement commun, tamponnement avec de la ouate contenant de l'alun en poudre, elle s'améliora peu à peu. Le col utérin ne fut atteint que par sa surface externe. Au 1er décembre, on le trouve rouge vif, desquamé, son orifice est entr'ouvert et laisse écouler du mucus filant et transparent. Il n'y a pas de douleurs abdominales, pas de modifications des règles.

Un peu plus tard, 11 décembre, le col semble exulcéré sur toute sa surface,

La vaginite continua à s'améliorer; l'affection du col suivit la même marche. Le 29 janvier, la sécrétion de muco-pus blennorrhagique est tarie; le col présente à sa surface des îlots blanchâtres d'épithélium nouveau. On put suivre les progrès de cette sorte de régénération épidermique; les îlots épidermiques se rejoignirent peu à peu.

La malade sortit guérie le 26 février.

(A suivre.)

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE, SERVICE DE M. PILAT.

Observation recueillie par M. Benoit, interne du service.

Opération césarienne nécessitée par un rétrécissement sacro-sous-pubien de 0,035 millimètres chez une femme rachitique de 38 ans. — Enfant vivant. — Mort de la mère.

La nommée Deschamps (Virginie), âgée de 38 ans, célibataire, primipare, entre à la clinique obstétricale dans le courant d'octobre 1878, à l'effet de se faire examiner par le chef de service et de savoir s'il était possible de la faire accoucher prématurément.

La fille Deschamps est petite, rachitique au plus haut degré, sa taille mesure 1 mètre 13 centimètres, les jambes et les cuisses sont arquées, et la colonne vertébrale est fortement déviée à gauche. Tout fait donc présumer qu'il y a une déformation marquée du bassin de cette fille qui pourra nécessiter au terme de la grossesse une opération grave.

M. Pilat s'assura par le toucher qu'il avait affaire à une conformation vicieuse caractérisée par une étroitesse absolue du détroit supérieur, dont le diamètre sacro-pubien (conjugé vrai) mesurait à peine 3 centimètres, le sacro-cotyloïdien droit 0 m. 02 c. et celui du gauche un demi-centimètre en plus : 0 m. 025. C'est avec peine qu'il parvint jusqu'au col de l'utérus qui était situé en haut et un peu en avant du détroit supérieur.

La grossesse était arrivée à la fin du 6e mois, les règles ayant paru pour la dernière fois vers le 25 avril 1878.

Ce cas soulevait les graves questions de la délivrance artificielle par l'accouchement prématuré fait en temps opportun ou bien par l'opération césarienne. On ne pouvait plus, à cause de l'époque avancée de la grossesse, discuter la question de l'avortement provoqué. Toutefois le degré prononcé du rétrécissement du bassin dans divers sens éloignait déjà de l'idée de l'accouchement prématuré artificiel, même

provoqué à 7 mois et demi, car dans le cas où on aurait à intervenir une fois le travail déclaré, il serait impossible de passer et d'articuler les instruments nécessaires à travers les parties rétrécies pour saisir le fœtus. M. Pilat n'hésita donc pas à renoncer à toute opération immédiate et à engager la femme à attendre la fin du terme de la grossesse, quitte à pratiquer alors l'opération césarienne, après l'avoir préalablement préparée à subir cette grave opération. Il la renvoya chez elle, l'engageant fortement à revenir à la maternité lorsqu'elle serait arrivée au terme de 8 mois et demi.

Le 25 décembre, cette fille se représenta à la clinique et fut examinée de nouveau, puis maintenue dans un service annexé à la maternité jusqu'à l'apparition des premières douleurs de l'enfantement.

L'enfant était vivant, l'embryotomie n'était pas praticable à cause de la conformation vicieuse de la mère. Comment opérer, en effet, sur un bassin dont le diamètre conjugé ne mesurait que 3 centimètres et les sacro-cotyloïdiens 2 centimètres à 2 centimètres et demi.

M. Pilat s'arrêta définitivement à l'opération césarienne bien que les conditions défavorables d'un hôpital laissassent peu de chance pour sauver la mère ; mais l'enfant était plein de vie et pouvait naître avec une conformation normale.

Le 17 janvier 1879 dans le courant de l'après-midi les premières douleurs se firent sentir ; vers le soir et pendant la nuit elles allèrent en augmentant et en se rapprochant. Le 18 au matin le col de l'utérus complétement effacé commençait à se dilater : le moment d'opérer était arrivé, il n'y avait pas de temps à perdre. Les contractions utérines se répétaient à de courts intervalles et étaient très-vives. Notre malade fut transportée à 8 heures du matin dans une salle inoccupée depuis longtemps que l'administration avait mise à notre disposition. Tout était préparé depuis la veille pour l'opération.

Avant de commencer on dirige sur l'abdomen et le haut des cuisses un jet d'eau phéniquée pulvérisée : l'opérateur et les aides lavent leurs mains dans un liquide de même nature ; puis la femme est chloroformée, après l'évacuation de la vessie, par le cathétérisme.

La surface de l'abdomen qui s'étend de l'ombilic au pubis regardant presque directement en bas, un aide relève autant que possible le ventre, afin de permettre à l'opérateur l'incision de la ligne blanche.

M. Pilat s'assure par l'auscultation que le placenta n'est pas inséré sur la paroi antérieure de l'utérus et par la percussion qu'il n'existe

pas d'anses intestinales au devant de cet organe. Il pratique alors l'incision de la ligne blanche en partant de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Dans ce premier temps de l'opération il ne s'écoule que peu de sang; par une boutonnière pratiquée au péritoine il introduit une sonde cannelée sur laquelle il complète, à l'aide d'un bistouri droit boutonné, la division du feuillet séreux dans toute l'étendue de l'incision première. Le globe utérin apparaît entre les deux lèvres de la plaie, il est reconnaissable par sa couleur livide, il est incliné à droite et présente une partie de son bord gauche vers la ligne médiane, l'opérateur cherche à le ramener, non sans difficulté, dans la position médiane, puis incise couche par couche l'utérus, mais bientôt l'abondance du sang, qui s'écoule par les bords de la plaie, le force à fendre rapidement la paroi antérieure pour aller à la recherche du fœtus qu'il saisit par un bras en même temps qu'avec l'autre main il dégage la tête située au-dessus du détroit supérieur et amène l'enfant au dehors.

Celui-ci séparé de sa mère par la section du cordon est confié à une garde. On procède alors à l'extraction du placenta et des membranes qui sont couvertes de méconium.

Au moment où l'utérus débarrassé de son contenu revient sur lui-même, une portion d'épiploon et plusieurs anses intestinales s'échappent malgré la pression exercée par M. Gorez, chef de clinique, sur les bords de la plaie abdominale et sont souillées par le sang et le méconium écoulés dans la cavité du péritoine; il faut les nettoyer avant d'en opérer la réduction et débarrasser le péritoine des souillures (sang, liquide amniotique, méconium) écoulées dans son intérieur pendant l'extraction du fœtus. Pendant ce temps une éponge introduite dans l'utérus a arrêté l'hémorrhagie qui tendait à se continuer de ce côté et à affaiblir l'opérée.

Une fois la toilette terminée, M. Pilat passe dans l'utérus un drain qu'il fait ressortir par l'angle inférieur de la plaie abdominale, puis procède à la clôture de l'utérus par deux points de suture séparés faits au moyen de fil d'argent dont les extrémités sont réunies entre elles et amenées au dehors de la plaie abdominale.

Les lèvres de l'incision abdominale sont réunies ensuite par cinq points de suture enchevillée entre lesquels sont placés de larges bandes de sparadrap, de diachylon qui font le tour du corps et concourent à prévenir la hernie des anses intestinales entre les points de suture.

L'opération étant terminée notre malade reprend peu à peu connaissance, son pouls toujours régulier est relativement assez développé, mais bientôt surviennent des nausées et des vomissements comme cela s'observe souvent après les inhalations de chloroforme. Pendant les efforts de vomissements du sang, s'échappe par la partie inférieure de la plaie abdominale, il ne s'en écoule pas par la vulve.

Une potion cordiale est ordonnée et administrée toutes les demi-heures par cuillerées à bouche : les vomissements composés de matières bilieuses cessent bientôt. La malade prend quelques cuillerées de bouillon dans la journée et suce de temps en temps des morceaux de glace pour étancher la soif qui est vive. On maintient également de la glace sur l'abdomen.

A 4 heures du soir l'état de l'opérée est assez satisfaisant, le facies est bon, le pouls est à 100, la chaleur est revenue sur tout le corps. Point de ballonnement du ventre, point de gêne marquée de la respiration, plus de vomissements, quelques douleurs sur le trajet de la plaie abdominale ; mais faiblesse générale par suite de la perte de sang pendant l'opération.

Le 19 au matin. Peu de sommeil pendant la nuit, douleurs persistantes dans la plaie, très-peu de météorismé. Pouls faible mais régulier, 112 pulsations, chaleur normale de la peau. On renouvelle le pansement : la charpie est peu imbibée de sang. On continue le bouillon et la potion tonique alternativement avec la glace. Tout se passe bien jusqu'à 5 heures du soir ; à ce moment la malade perd connaissance et meurt en quelques minutes par épuisement nerveux occasionné par la perte de sang qu'elle a subie et l'anémie qui l'a suivie.

L'autopsie pratiquée le 20 à 5 heures du soir fait constater que la plaie utérine, dont les lèvres sont maintenues en contact par les fils d'argent, est en rapport avec la plaie abdominale et lui adhère légèrement par l'interposition d'une couche de matière plastique. Il y a très-peu de sang dans le petit bassin : quelques anses intestinales sont distendues par des gaz, mais il n'existe point de rougeur à leur surface ni traces de péritonite. L'utérus contient quelques caillots formés là où le placenta lui était adhérent ; les sinus contiennent également du sang ayant l'aspect de la gelée de groseilles. Quant au tissu de l'organe il a la teinte ordinaire, il est d'un blanc nacré d'une consistance ferme et normale.

Ajoutons que les diamètres rétrécis du bassin mesurés directement

avec un compas ont présenté exactement les dimensions reconnues sur le vivant par la mensuration digitale.

Cette observation porte avec elle son enseignement ; il est évident que cette femme a succombé par suite de la grande perte de sang qu'elle a subie et de l'épuisement nerveux qui en a été la conséquence.

Aurait-on été plus heureux si après l'extraction de l'enfant on eût enlevé l'utérus et ses annexes par la méthode de Porro. Cette opération qui a été pratiquée six fois avec des succès variables ne nous paraît pas devoir toujours prévenir l'accident que l'on redoute si fort, lorsqu'on opère par la méthode ordinaire, à moins qu'adoptant la modification apportée par Muller dans l'exécution de l'opération on n'attire au dehors de la plaie abdominale l'utérus et qu'on ne porte le lien constricteur au-dessus du col de cet organe avant de pratiquer l'incision de sa paroi antérieure pour l'extraction du fœtus. Mais, comme on l'a fait judicieusement observer, si quelque incident imprévu faisait retarder l'ouverture de l'utérus, la constriction étant effectuée, le fœtus pourrait mourir par asphyxie. D'ailleurs cette ablation de l'organe gestateur qui prive la femme de toute conception ultérieure ne doit être admise que quand le rétrécissement du bassin est tel que dans aucun cas le passage du produit de la conception ne pourrait avoir lieu par les voies naturelles.

Ces considérations jointes à l'incertitude qui règne encore relativement à la valeur curative de la méthode de Porro ont déterminé M. Pilat à s'en tenir dans ce cas à l'opération césarienne par la méthode ordinaire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Recherches expérimentales sur un leptothrix trouvé pendant la vie dans le sang d'une femme atteinte d'une fièvre puerpérale grave. (Note de M. V. Feltz, présentée par M. Ch. Robin). — Dans le sang de la malade, deux jours avant la mort (juin 1878), on trouva un nombre considérable de filaments immobiles, simples ou articulés, transparents, droits ou courbes, dont chaque article était long de $0^{mm},003$ à $0^{mm},006$ pour une largeur de $0^{mm},0005$ à 0,003. Nous retrouvâmes ces mêmes bâtonnets dans le sang du cadavre. Le sang du cœur recueilli à l'abri du contact de l'air, puis cultivé dans des tubes de M. Pasteur, ne contenait que de l'air pur. Ce fait nous démontra qu'il s'agissait bien de cryptogames que nous n'avions pas encore rencontrés.

Ils appartiennent au genre Leptothrix; ils ressemblent beaucoup aux bâtonnets immobiles de l'enduit gingival : mais ils en diffèrent en ce qu'on les rencontre toujours seuls dans le sang frais, tandis que les Leptothrix de la bouche sont toujours accompagnés de bactéries oscillantes et de spores mobiles d'où ils procèdent. La putréfaction détruit les bâtonnets immobiles qui, d'abord mélangés à des formes vibrioniques multiples, finissent par disparaître complétement. Conservés sur des plaques convenablement bitumées, ils deviennent franchement granuleux et se cassent.

L'inoculation de ces corps avec du sang vivant ou mort, ou cultivés, pratiquée sur des cobayes, établit sa toxicité et leur reproduction innombrable dans le sang. L'état pathologique ainsi déterminé se marque par une incubation plus ou moins longue et un stade morbide caractérisé par une légère augmentation de la température, bientôt suivie d'une chute thermométrique progressive; surviennent ensuite un suintement sanguinolent de l'une ou de l'autre muqueuse, un état particulier des poils, une grande gêne respiratoire et une légère perte de poids. La mort arrive par asphyxie lente.

La virulence du sang et des sérosités des animaux morts ainsi est démontrée par le retour des mêmes accidents et des mêmes lésions chez des cobayes auxquels on inocule des doses de plus en plus petites, même infinitésimales, de ces liquides. Cette virulence diffère de celle de la septicémie en ce qu'elle reste toujours la même et qu'elle n'augmente pas par les inoculations successives. L'inoculation du sang d'un animal contaminé vivant à un autre ne reproduit l'infection qu'autant que le sang du premier tient déjà en suspension des Leptothrix, ce qui a toujours lieu dès que la seconde période est établie. On peut s'en assurer par l'examen microscopique du sang de l'oreille.

Les cultures successives des Leptothrix du sang dans de l'urine alcaline, suivant les règles de M. Pasteur, ne laissent pas de doute sur la végétation infinie des bâtonnets qui sont aérobies; ils procèdent de spores ovoïdes. La persistance de la toxicité dans ces conditions démontre que le Leptothrix agit, par son excessive multiplication, à la façon des parasites.

Nous avons inoculé les Leptothrix de la bouche à des cobayes et à des lapins sans obtenir la végétation parasitaire dans leur sang. Nous avons ensuite et maintes fois constaté que notre Leptothrix, qui se développe si bien chez le cobaye et surtout chez le lapin, ne se reproduit pas du tout dans le sang du chien. Nous pouvons donc affirmer qu'entre des Leptothrix de même forme il y a de grandes différences vitales, et que leur développement est subordonné, comme pour tous les parasites cryptogamiques, à la nature du terrain où ils ont été semés par le hasard ou l'expérimentation.

— M. Pasteur, à la suite de la présentation, par Mr Robin, de la note précédente, annonce que mardi dernier il a communiqué à l'Académie de Médecine quelques observations sur l'étiologie de la fièvre puerpérale; que, dans le courant de la semaine il a fait des études nouvelles à la Maternité, dans le service de M. le docteur Hervieux, et à Lariboisière dans le service de M. Maurice Raynaud. Il informera de ces dernières demain l'Académie de Médecine et ultérieurement l'Académie des Sciences (*Séance du* 17 *mars* 1879).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Présentation de malade

M. Panas prie la Société de vouloir bien examiner une malade dont il va retracer l'histoire. — C'est une femme de 44 ans, qui était atteinte de chute complète de l'utérus, compliquée de cystocèle et de rectocèle. Tout l'utérus est en dehors de la vulve; le cathétérisme utérin a été pratiqué et a démontré la réalité de la chute complète. Déjà cette femme avait été opérée une première fois le 29 mai 1877, par M. Tillaux; notre collègue avait créé un rétrécissement de l'orifice vulvaire du vagin. L'opération avait été suivie d'un succès tout d'abord; mais au bout de 6 mois, la suture n'a plus résisté et l'utérus est venu comme je le disais tout à l'heure se placer au dehors de la vulve. C'est alors que cette femme est entrée dans mon service le 12 octobre 1878.

Un instant j'ai hésité entre le procédé de Marion Sims et celui de M. Lefort qui consiste, comme vous le savez, dans un cloisonnement artificiel du vagin à l'aide d'adhérences qu'on crée entre les parois antérieure et postérieure du vagin. L'opération a duré 40 minutes; elle n'a pas été compliquée d'un suintement sanguin; la réaction a été nulle. Le cloisonnement a été obtenu de haut en bas et l'utérus reste parfaitement maintenu en sa place.

Je suis heureux de mettre en relief les avantages très-marqués du procédé de notre collègue qui établissent son incontestable supériorité sur celui de Sims. On opère à ciel ouvert et non dans le fond d'une cavité où les manœuvres opératoires sont toujours malaisées. La suture est très-simple; après l'avivement on applique le point le plus inférieur qui sera le plus élevé après réduction; puis le second et ainsi de suite jusqu'au dernier qui sera le plus rapproché de la vulve. Pendant ce temps l'utérus rentre et reprend sa place.

En terminant, permettez-moi de vous dire que ce procédé est d'une exécution des plus aisées.

M. Le Fort. Je ne veux dire qu'un mot. J'ai pratiqué une seconde opération et j'avais tout lieu de croire à un bon résultat. Mais j'ai eu affaire à des gens d'une stupidité incroyable. Le mari s'est rapproché de sa femme 2 ou 3 jours après mon opération; et naturellement la suture n'a pas résisté. (*Séance du* 19 *fév.* 1879, *Bull. de la Soc. de Chir.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Note sur certaines modifications dans la constitution histologique du pus en général et du muco-pus utérin en particulier à diverses périodes; communiquée par le docteur E. Hottenier. — Nos observations ont porté sur plusieurs variétés de liquide purulents, provenant d'organes différents, tels que l'œil, le sac lacrymal, le pharynx, les muqueuses respiratoires, l'utérus, etc., dans l'espèce humaine. Tous ces produits ont présenté en général non-seulement une identité de constitution qui confirme l'idée admise de l'unité pathologique du pus, mais encore des variations élémentaires semblables, qui témoignent d'une pathogénie et d'un processus communs. C'est du muco-pus utérin qu'il sera uniquement question ici, envisagé comme un mélange de mucus et de séro-pus ordinaire, et considéré à titre d'exemple dans le chapitre de la pathologie générale afférent à l'inflammation suppurative.

Nous avons pris pour objet de cette étude de nombreux cas de métrite aiguë ou chronique, observés à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le docteur Gallard, qui nous a facilité cette tâche avec une grande bienveillance.

Des examens microscopiques ont été faits à diverses reprises, en suivant la maladie depuis le début jusqu'à la guérison ou l'amélioration, et il a été possible de constater des modifications histologiques dans la nature des écoulements leucorrhéiques, modifications qui se sont constamment présentées chez toutes les malades, avec les mêmes caractères et dans des phases correspondantes de l'inflammation utérine. C'est ce processus que nous allons d'abord décrire.

Quand on peut assister aux phénomènes aigus ou subaigus de l'affection, révélés principalement par un léger état fébrile, une douleur local intense et assez souvent par de la métrorrhagie, on trouve dans le muco-pus recueilli à l'orifice ou dans la cavité du col utérin :

1° Une grande quantité d'hématies normales;

2° Un certain nombre d'hématies, où la couleur orangé de l'hémoglobine est remplacée, à partir de la concavité centrale, par la couleur groseille de l'hématine, dans une étendue plus ou moins complète;

3° Une très-grande quantités d'éléments bicolores, discoïdes, lenticulaires, à bords irrégulièrement circulaires, présentant une base périphérique amincie et blanchâtre, où sont enchassés en faisant saillie de petits fragments plus ou moins irréguliers, de couleur groseille, de volume et de nombre variables. Ces éléments bicolores sont d'autant plus grands et minces qu'ils sont moins colorés. Quelques-uns n'ont qu'un ou deux point colorés à peine perceptibles et servent de transition avec les suivants;

4° Un nombre relativement moins grand d'éléments d'un blanc jaunâtre, discoïdes, lenticulaires, irrégulièrement circulaires, à bords minces et frangés, présentant une masse protoplasmique centrale plus saillante, comme plissée et sillonnée par de petites crevasses semblant former des apparences de noyaux irréguliers, qui ne sont en réalité qu'un fendillement du protoplasma;

5° Quelques éléments blancs, véritablement globuleux, sphéroïdes, quelquefois un peu aplatis en ellipses, véritables cellules lymphatiques, à contour très-nettement circulaire, et formant optiquement une limite linéaire obscure, à surface plus ou moins granuleuse ou granulo-graisseuse, et renfermant au centre un ou plusieurs noyaux discoïdes.

Enfin mentionnons seulement un grand nombre de cellules épithéliales diverses, dont le rôle accessoire ne doit pas nous occuper.

Tel est l'aspect d'une préparation microscopique du pus, avec un grossissement d'au moins 800 diamètres, dans la première période de la métrite.

Dans une phase un peu plus avancée et moins aiguë de la maladie, qui est la période chronique, on ne rencontre plus d'hématies ou rarement, et il y a un bien moins grand nombre d'éléments discoïdes bicolores. Ce qui domine, c'est la blancheur des éléments, les uns discoïdes, les autres sphéroïdes, ces derniers étant toutefois moins nombreux.

Ce qui va caractériser la troisième période, où les symptômes s'amendent en même temps que les tissus organiques se réparent, c'est l'apparition concomitante de cellules épithéliales embryonnaires, corps sphéroïdes à très-gros noyau unique, avec une plus grande quantité de cellules sphéroïdes ou lymphatiques, tandis que les éléments bicolores ont complétement disparu et les éléments blancs discoïdes considérablement diminué de nombre.

Si l'on examine ces éléments divers au point de vue morphologi-

que, on est obligé de les ramener à deux types : le type discoïde d'une part, comprenant l'hématie plus ou moins modifiée, l'élément lenticulaire bicolore et l'élément lenticulaire blanc sans noyau, et le type sphéroïde d'autre part, comprenant l'élément blanc à noyau, véritable cellulle lymphatique et la cellule épithéliale embryonnaire.

Cette division est également justifiée par des caractères physiques et histo-chimiques communs à chaque type et différents pour l'autre. Pour la *couleur*, les éléments discoïdes sont colorés en groseille ou d'un blanc jaunâtre, tandis que les éléments sphéroïdes sont d'un blanc métallique ou transparent sous la granulation superficielle. Les premiers sont d'une *densité* plus grande que les seconds et qui se rapproche de celle de l'hématie. Les éléments discoïdes ont tous également une *consistance* molle et fragile à la fois : quand on les presse entre deux lames de verre, ils éclatent en poussant des prolongements protoplasmiques rayonnant irrégulièrement. Les éléments sphéroïdes, au contraire, résistent à la pression, grâce à leur élasticité, ou s'allongent sans éclater dans un ou deux prolongements polaires arrondis.

Les caractères histo-chimiques sont aussi nettement séparés. Laissant de côté les réactions fournies par l'acide acétique faible, la potasse, l'éosine, qui sont moins importants, il vaut mieux attirer l'attention sur les réactions beaucoup plus probantes que donnent l'eau pure et le picrate d'ammoniaque carminé. Le fait le plus saillant dû à la présence de l'eau, c'est la décoloration rapide des éléments discoïdes colorés, action identique à celle produite sur les hématies, et qui transforme toutes les variétés d'éléments discoïdes bicolores en discoïdes blancs sans noyau. Passons sur le gonflement et la déformation finale.

En faisant agir le picro-carmin sur une préparation de pus de la seconde période, où l'on peut rencontrer les deux espèces d'éléments blancs en quantité à peu près égale, on est frappé de voir le champ objectif changé instantanément en une sorte de damier carmin et blanc jaunâtre. Cette différence si tranchée de coloration artificielle se produit aussi d'une manière analogue avec l'éosine. Les éléments discoïdes sont rougis en masse d'une part, et montrent plus nettement les crevasses et fendillements du protoplasma, de telle sorte qu'ils rappellent à s'y méprendre la disposition pathologique des éléments discoïdes bicolores à gros fragments de couleur groseille, particuliers à la période inflammatoire.

Les éléments sphéroïdes, d'autre part, sont tous colorés en jaune clair dans leur protoplasma, pendant que leurs noyaux prennent plus ou moins bien la coloration carmin. Il est bon d'indiquer ici que les cellules épithéliales embryonnaires se comportent exactement de la même manière que les cellules lymphatiques.

En présence de ces caractères si concordants, il semble que les variétés du type cellulaire discoïde ne peuvent être autre chose que des modifications pathologiques du disque hématique, altéré successivement dans sa couleur et sa forme par le processus inflammatoire; et qu'il y a là une réduction élémentaire de la décoloration des caillots ordinaires. Au reste, la preuve expérimentale en peut être fournie partiellement : En plaçant des hématies d'anémique dans un sérum artificiel mauvais conservateur, soit une solution faible de sulfate de soude, on peut voir, avec un fort grossissement quelques-uns de ces phénomènes de transformation de couleur; où l'hémoglobine jaune orangé devient de l'hématine groseille. Nous nous proposons de continuer ces expériences pour arriver à reproduire toutes les variations pathologiques de l'hématie.

Ces phénomènes de décoloration ne sont pas entièrement nouveaux. M. Gendrin. en 1826, les a vus en gros et signalés dans son *Histoire anatomique des inflammations*; M. Laborde les a constatés dans sa Monographie sur le ramollissement et la congestion du cerveau chez le vieillard. D'autres auteurs français et étrangers, parmi lesquels M. Carl Hennig (de Leipzig), dans un Mémoire sur le catarrhe des voies génitales, les ont vus également.

Quant au type sphéroïde, il semble de même que la cellule épithéliale ne soit qu'un deuxième degré dans l'évolution migratrice de la cellule lymphatique, et les travaux récents de MM. Ziégler et Cohnheim donnent un puissant appui à cette manière de voir.

En conséquence, le résultat de nos recherches sur les modifications histologiques du pus nous paraît pouvoir se condenser dans les conclusions suivantes :

1° Les hématies sont susceptibles de s'altérer pathologiquement et expérimentalement, leur hémoglobine se changeant d'abord en hématine, puis l'hématine disparaissant progressivement ;

2° Il y a lieu de distinguer deux espèces d'éléments blancs dans le pus : l'un, corps discoïde, lenticulaire, irrégulier, crevassé, sans noyaux, évolution ultime de l'hématie morte pendant le phénomène inflammatoire et réduite à l'état de caillot élémentaire décoloré ;

l'autre, corps sphéroïde à noyaux discoïdes, véritable cellule lymphatique du pus louable, état embryonnaire des éléments épithéliaux en voie de formation.

3° Relativement à l'ordre de succession de ces faits histologiques, la clinique et l'histologie pathologique démontrent parallèlement : que le début de la suppuration, ou période inflammatoire, est caractérisé par la sortie hors des vaisseaux sanguins des éléments rouges, bicolores et blancs du sang, plus ou moins altérés, et que la période terminale de la suppuration, coincidant avec une réparation organique, est caractérisée par une exsudation migratrice presque exclusivement lymphatique, qui permet de considérer la lymphe comme un liquide embryonnaire rénovateur des tissus. (*Séance du* 29 *mars* 1879).

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK.

Histoire de six cas de grossesses extra-utérines. — Le Dr GAILLARD-THOMAS relate six observations de grossesse abdominale ; cinq patientes opérées ont guéri ; la sixième est encore en observation. Il a déjà eu l'occasion de voir quinze de ces grossesses, dont sept étaient tubaires, deux interstitielles et six abdominales. En physiologie et en pathologie on peut admettre plusieurs variétés de grossesses extra-utérines; au lit du malade, le praticien en reconnaît de trois sortes, les tubaires, les interstitielles et les abdominales, que l'on diagnostique par des signes rationnels ou physiques, ce qui donne la clef du procédé opératoire à employer. Voici quelles sont les indications de la variété abdominale : 1° le fœtus, logé ainsi dans une cavité anormale, meurt dans les premiers mois de son existence ; puis il s'enkyste, et, après un temps plus ou moins long, il peut se faire qu'il soit expulsé par le rectum, par la vessie, ou même au travers des parois abdominales ; 2° La grossesse peut se continuer jusqu'au neuvième mois, époque où la nature fait effort pour chasser l'enfant, mais sans résultat, en raison de l'absence de voies de sortie ; il y a alors rétention, puis enkystement du fœtus ; 3° enfin l'enfant, enfermé dans sa prison, peut agir à la manière d'un corps étranger ; provoquer de la suppuration et amener la fièvre hectique. Toutes ces terminaisons se retrouvent dans les cas suivants :

Ire Obs. — *Grossesse abdominale ; mort du fœtus dès les premiers temps de la gestation ; sortie par le rectum ; guérison de la mère.*

Le cas s'est rencontré dans la pratique du Dr Walckes, de New-York.

IIe Obs. — *Grossesse abdominale; mort du fœtus de bonne heure; sortie par le rectum; guérison de la mère.*

C'était presque exactement le cas qui précède ; il appartient au Dr Olcott, de Brooklyn. Le diagnostic de grossesse abdominale se basait sur les faits suivants : 1° on avait tous les signes rationnels de la grossesse normale ; 2° l'utérus, quoique augmenté de volume était moins gros que dans une grossesse utérine, à l'époque où avait lieu l'examen ; 3° l'utérus était relevé et projeté en avant par une tumeur lisse et élastique, laquelle ne ressemblait en rien, ni à une hématocèle, ni à un kyste ovarique ; 4° l'utérus ne renfermait point de produits de conception lorsqu'on l'a exploré avec la sonde.

IIIe Obs. — *Grossesse abdominale; laparotomie à la fin du onzième mois de gestation ; guérison de la mère.*

Le cas appartient au Dr Hadden, de New-York. La cavité utérine mesurait 8 centimètres et demi dans le sens de sa longueur. On ponctionna le kyste et on retira un liquide très-analogue à celui d'un kyste ovarique. Le liquide fut soumis à l'examen d'un histologiste, qui crut y découvrir des corpuscules provenant de l'ovaire. Voici maintenant sur quelles données se basa le diagnostic de grossesse abdominale : 1° l'existence, pendant les premiers mois de la maladie, de nausées et de vomissements, bientôt remplacée par 2° des mouvements actifs du fœtus ; 3° la présence du dépôt pigmentaire sur la ligne blanche et sur les aréoles des mamelles ; 4° La présence d'un gros utérus, absolument vide et exempt de signes d'inflammation ; l'existence d'un volumineux corps solide, qui se déplaçait en liberté dans la cavité normale.

Lorsqu'on opéra pour extraire l'enfant on ne put découvrir le placenta; le Dr Thomas se décida à l'abandonner, en raison d'un fait antérieur dans lequel il avait cru devoir persister à enlever cet organe et où la femme était morte d'hémorrhagie. Tube à drainage placé à

demeure, à l'extrémité inférieure de l'incision abdominale. Le fœtus était une fille et pesait 7 livres. En un point de son trajet, le cordon était entouré par une masse de poils qui coupait toute circulation et avait causé la mort de l'enfant. La parturiente alla bien jusqu'au quatorzième jour ; mais alors elle eut un léger frisson, et la température monta à 41° centigr., pendant que des signes de septicémie étaient imminents. La cavité abdominale fut débarrassée d'un caillot, puis lavée largement et d'une façon régulière par des injections antiseptiques ; la convalescence reprit son cours. Cinq semaines après l'opération un fragment du placenta fit saillie par la plaie abdominale ; une traction modérée donna issue à l'organe placentaire dans son entier.

Il importe d'insister sur les points que voici : 1° si le diagnostic n'eût pas été fait d'une façon positive avant l'opération, et qu'on eût opéré comme pour une ovariotomie, nul doute qu'on n'eût entraîné une hémorrhagie promptement fatale en incisant un péritoine aussi fortement congestionné ; 2° si l'on eût essayé d'extraire le placenta on aurait eu sans doute des conséquences désastreuses ; 3° Si l'on avait essayé de fermer l'abdomen par première intention, on aurait emprisonné un placenta fétide qui eût entraîné des accidents terribles.

IV° Obs. — *Grossesse abdominale ; laparotomie au bout de sept mois ; guérison de la mère.*

Ici, le liquide, obtenu par une ponction, soumis à l'examen microspique, renfermait des éléments de l'ovaire, et le diagnostic disait : kyste ovarique.

A l'opération, on put extraire une fille bien développée, du poids de 7 livres. Le cordon faisait des circulaires et des nœuds au point que la circulation était impossible, et que la vie du fœtus en avait été compromise. Le placenta s'insérait à la vessie et à la paroi abdominale antérieure. On l'abondonna sans essayer de le détacher, et on sutura la plaie abdominale, en laissant, vers le bas, un orifice pour ménager l'écoulement des liquides. La malade a bien supporté l'opération, et, pendant un certain temps, tout alla bien. Le chirurgien résidant de l'hôpital des femmes, le Dr Van Voorst, a pris avec soin le pouls et la température comme il suit :

Trois heures après l'opération, pouls 108, température 37,2 cent. Vingt-quatre heures plus tard, pouls 108, température 38,3. Le jour

suivant, à la même heure, pouls 103, température 37,4. A 8 h. 30 du matin, le même jour, le pouls était à 120, la température à 39°. A midi, la température montait à 39,8 ; à 6 heures du soir, 39,2. Le lendemain, à 8 h. 15 du matin, température 39,4, et à 8 h. du soir, même chiffre. A 3 h. 30, après un lavage de la cavité abdominale à l'acide carbolique, le thermomètre descend à 37,8. A 7 h. du soir, 39,4 ; nouveau lavage à 8 heures. A 10 heures du soir, 38,9; nouvelle injection carbolizée. A 11 heures du soir, température 38,5. Pendant un certain temps, la température se maintint entre 38,8 et 39,4, ou même plus, avec une chute après chaque injection antiseptique.

De temps à autre on trouvait, chassés par les injections, des débris du placenta; on permit à la malade de retourner chez elle, en lui recommandant de continuer ses lavages; il restait alors un fragment du placenta qui adhérait à la paroi abdominale. Mais, depuis, ce fragment lui-même s'élimina, et la guérison fut absolue. C'est là un fait qui prouve la valeur des injections antiseptiques.

Ve Obs. — *Grossesse abdominale datant de vingt-deux mois ; extraction du fœtus au moyen de la laparotomie; guérison de la mère.*

Le fait a été rapporté par le Dr Coakes, de Connecticut, dans les Transactions de la Société médicale de cet Etat. C'est à l'hôpital des femmes qu'a été pratiquée l'opération : l'enlevement des os a déterminé de profondes déchirures dans les tissus maternels. L'auteur insiste sur un point, c'est qu'il vaut mieux, au lieu d'arracher violemment les os, n'enlever que ceux qui viennent avec facilité; puis laisser la plaie ouverte, et, en faisant usage d'injections antiseptiques, attendre la sortie spontanée du reste.

VIe Obs. — *Grossesse abdominale de quatre mois ; encore en observation.*

Femme de 30 ans, soignée par le Dr Franklin, de New-York. Le diagnostic de la grossesse abdominale repose sur les faits ci-dessous : 1° l'existence de tous les signes ordinaires de la grossesse ; 2° la présence d'une tumeur douloureuse derrière l'utérus; 3° l'expulsion d'une membrane caduque sans avortement ; 4° le déplacement de l'utérus par une tumeur qui n'était ni une hématocèle, ni un kyste ovarique, ni un fibrome.

Le Dr Thomas fait remarquer que ses succès, dans ce genre

d'opérations, tiennent peut-être au moment qu'il choisit pour son intervention chirurgicale ; en temporisant, on donne à la nature le temps d'indiquer la voie par où doit se faire l'extraction. Dans le cas présent, la tumeur semble se diriger en bas, ce qui pourrait indiquer le vagin comme siége de l'intervention chirurgicale, si celle-ci devenait nécessaire.

Si maintenant l'on se reporte à ces observations, indiquées simplement comme étant des cas de grossesses abdominales, et qu'on en conclue à l'innocuité relative de l'opération , on ne sera plus dans le vrai, d'autant plus que, sur les neuf autres cas qui restent, deux étaient interstitiels. L'une des deux femmes mourut, et l'autre ne recouvra sa santé qu'après avoir subi de cruelles opérations. Les sept derniers cas appartiennent à la variété de la grossesse tubaire ; six morts, une guérison à la suite d'une opération très-grave qui aurait pu, à elle seule, emporter la vie du sujet.

En ce qui concerne l'époque de l'intervention chirurgicale, on se trouvera bien d'attendre qu'au terme de la grossesse les efforts de la nature viennent aider à l'art. Mais, dans le cas où l'on aurait la certitude que l'enfant est mort, ne serait-il pas plus sage d'agir de suite? La réponse à cette question découle des considérations que voici : le danger d'une opération résulte d'une hémorrhagie, et celle-ci est d'autant plus grave que le placenta est plus âgé. Il y a aussi la septicémie, d'autant plus à craindre que le développement du fœtus est plus complet.

En résumé, on ne saurait poser des règles absolues ; mais on peut indiquer des préceptes généraux : 1° si l'enfant vit, on doit s'enquérir avec soin de son neuvième mois, afin d'intervenir alors, par l'opération, pour l'avoir vivant, tout en conservant aussi la vie de la mère ; 2° si l'enfant vient à mourir de bonne heure dans une grossesse abdominale, on est admis à attendre, pourvu qu'on ne tergiverse pas, jusqu'à l'apparition de la fièvre hectique et de la septicémie; 3° à terme, on agira dans le sens qu'indique la nature, et l'on interviendra promptement d'une façon chirurgicale.

Le Dr Lusk fait observer que le succès obtenu dans les cas indiqués par son collègue est tout à fait étonnant. Jusqu'ici les statistiques avaient conseillé l'expectation; mais les recherches du Dr Thomas montrent bien qu'il nous faut modifier notre manière de voir sur ce sujet. Il insiste sur un point indiqué par l'auteur des observations et aussi par Spiegelberg vers la même époque, c'est que le kyste

fœtal contracte parfois des adhérences avec les parois abdominales et que, dans ce cas, une incision peut tomber directement sur le sac. D'autres fois, au contraire, on ne tombe pas immédiatement sur le kyste, et le Dr Lusk rapporte un cas de ce genre : sa malade a fini par guérir de l'opération, mais après une longue suppuration et des accidents de septicémie ; elle a succombé plus tard à la phthisie. Il dit que l'on trouve huit observations dans lesquelles on a obtenu des enfants vivants, et que, dans quatre, les mères ont survécu. Enfin, il fait observer que, sans aucune espèce de doute, les soins minutieux consécutifs et la vaste expérience du Dr Thomas au point de vue de l'ovariotomie ont été pour beaucoup dans les succès qui viennent d'être rapportés.

Le Dr Fordyce Barker dit que l'un des points les plus importants traités par l'auteur du mémoire réside dans les résultats de l'opération chirurgicale. Il a une si grande valeur qu'il rend, pour l'instant, toutes les règles connues jusqu'ici plus ou moins certaines. Deux choses, dans la nouvelle méthode, transformeront les anciennes statistiques ; la première c'est l'abandon du placenta, une fois l'opération terminée ; c'est là une pratique à laquelle se rallient les opérateurs les plus expérimentés. Le second est l'importance capitale du traitement antiseptique.

Le Dr Barker donne sa plus chaude approbation aux conclusions du Dr Thomas. Il n'est pas douteux qu'un certain nombre des cas ne soient terminés par les seuls efforts de la nature ; mais il n'y a rien là qui doive diminuer la valeur de l'action chirurgicale. Les progrès de la chirurgie, les améliorations du traitement consécutif aux grandes opérations nous permettent d'espérer des succès là où nous n'aurions pas osé en rêver il y a encore peu d'années.

Il signale, à côté des cas du Dr Lusk, quatre autres observations où la vie de la mère a été rachetée par l'intervention opératoire. Puis il mentionne deux cas de grossesse abdominale qu'il a observés, et dont la guérison s'est faite spontanément, les fœtus ayant été expulsés par une ouverture des parois abdomidales siégeant dans la région iliaque gauche. Dans un troisième cas, pris par plusieurs éminents chirurgiens pour un cancer du rectum, l'élimination se fit par cet organe, et il en résulta également une fistule recto-vaginale. Enfin, il ne faut pas oublier le cas du Dr Parkhurst, de Herkimer, rapporté il y a quelques années à la Société médicale de l'Etat de New-York, et

dans lequel le fœtus, après avoir séjourné cinquante ans dans la cavité abdominale, ne fut extrait qu'à l'autopsie.

En résumé, le Dr Barker exprime la ferme espérance que les succès à obtenir dans l'avenir par l'association de ces deux préceptes, l'abandon du placenta et l'emploi judicieux du traitement antiseptique, révolutionneront d'une manière absolue toutes les statistiques publiées sur les opérations dans les cas de grossesse abdominale. (*Séance du 21 novembre* 1878).

(Traduit par le Dr EDOUARD LABARRAQUE.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par le Dr DE SINETY (1). — La première partie de cet ouvrage vient de paraître sous forme d'un volume de 420 pages, avec 300 figures dans le texte. L'importance de ce livre nous engage à ne point attendre la publication complète pour en entretenir nos lecteurs.

Dans son introduction, l'auteur nous expose ainsi le plan qu'il a suivi :

« La gynécologie comprend l'étude des nombreuses manifestations dont l'organisme de la femme peut être le siège, à l'état sain comme à l'état pathologique.

Nous n'étudierons pas, cependant, les questions uniquement relatives à la gestation et à la parturition, ne faisant d'exception que pour la grossesse extra-utérine....

Voici en résumé l'ordre qui sera suivi dans cet ouvrage :

1° La première partie concernera les divers moyens d'exploration ;

2° La seconde sera consacrée aux affections de la vulve et du vagin ;

3° La troisième à l'utérus ;

4° La quatrième à ses annexes, ovaires, trompes, ligaments larges ;

5° Dans la cinquième, après avoir donné un aperçu de l'anatomie et de la physiologie de la mamelle, nous étudierons quelques-unes des maladies de cette glande sans aborder l'histoire des tumeurs mam-

(1) Octave Doin, éditeur. Paris, 1879.

maires qui, rentrant plutôt dans le cadre des traités de chirurgie, nous entraîneraient beaucoup trop loin. »

Maintenant que nous connaissons les limites du champ dans lequel l'auteur a évolué, pénétrons dans le vif du sujet et examinons en détail les trois parties qui seules ont paru.

Nous passerons rapidement sur la première partie, que l'auteur du reste a fait aussi courte que possible. En effet, bien que les différents chapitres concernant : l'examen de la vulve, le toucher vaginal, le toucher rectal, le palper abdominal, l'examen au spéculum, le cathétérisme de la cavité utérine, la dilatation du col, soient substantiels et mettent le lecteur au courant des progrès accomplis depuis quelques années et concernant l'application de tel ou tel procédé d'exploration, ce n'est pas là que l'auteur se révèle.

Dans la deuxième partie, consacrée à l'étude des affections de la vulve et du vagin, nous trouvons deux chapitres où dans un style aussi clair que concis l'auteur donne la description de l'anatomie normale de la vulve et du vagin. La haute compétence du Dr de Sinety en histologie fait que nous pouvons considérer comme acquises définitivement, certaines notions qui jusqu'ici avaient été pour les anatomistes et les gynécologistes un sujet de controverse. C'est ainsi qu'en particulier, nous savons à quoi nous en tenir à propos de l'existence des glandes du vagin. « La présence du liquide, dit le Dr de Sinety, qui lubréfie les parois de la muqueuse vaginale avait fait admettre par beaucoup d'auteurs que ce produit à réaction acide provenait d'une sécrétion glandulaire.

Cependant, quand il s'est agi de démontrer la situation de ces glandes, le résultat des recherches histologiques a toujours été négatif. Dans toutes les coupes que nous avons examinées, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, il nous a été impossible de constater la présence des glandes, d'accord en cela avec la plupart des anatomistes contemporains. Il n'y a d'organes glandulaires que vers l'extrémité inférieure au voisinage de la vulve.

Le liquide vaginal serait donc un produit d'exsudation et de desquamation épithéliale de la surface de la muqueuse. »

Les chapitres ayant trait à la pathologie de la vulve et du vagin ne sont pas moins intéressants. Nous signalons en particulier l'étude des *kystes du vagin* superficiels et profonds, celles des *fistules vaginales*, etc., dans lesquelles l'auteur a su condenser l'histoire complète et vraie de ces affections.

La troisième partie, consacrée aux affections de l'utérus, est aussi précédée d'une courte description anatomique de l'utérus. Mais dans ces quelques pages, le Dr de Sinety, passant rapidement sur l'anatomie topographique, décrit avec le plus grand soin l'histologie de l'organe. La direction que l'auteur a imprimée à ses recherches depuis de longues années, lui a permis de nous donner à propos de la structure de l'utérus, un chapitre clair, précis et nous ajouterons, nous qui avons l'honneur de bien connaître le caractère de l'auteur, d'une rigoureuse exactitude. Car le docteur de Sinety n'affirme que ce qu'il a vu, et bien des faits qui sont dans son livre résumés en une ligne, lui ont coûté de longues et patientes recherches.

Aussi ne saurait-on avoir trop de reconnaissance pour les travailleurs de cette race qui avançant lentement mais sûrement s'en tiennent, comme leur illustre maître Claude Bernard, aux faits, sans se lancer dans des interprétations quelquefois vraies mais le plus souvent fausses.

En lisant ces divers passages, le lecteur verra que les faisceaux musculaires ne forment pas, quoi qu'on en ait dit, de plans à direction bien déterminée, il se rendra compte de la structure de la muqueuse utérine, de la formation de ses glandes si différentes au niveau du col et au niveau du corps, et enfin il comprendra comment, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques si nombreux dans cette région, il y a une si large et nous pourrions dire si directe communication entre cette muqueuse et la grande séreuse péritonéale.

Quant à ce qui regarde l'étude des affections de l'utérus, nous ne manquons pas d'affirmer que c'est là une des parties les plus importantes de l'ouvrage.

Nous appelons spécialement l'attention sur les chapitres dans lesquels est étudiée la métrite.

L'auteur, se basant sur des données qui lui ont été fournies par l'anatomie pathologique, a fait table rase de certains chapitres traditionnels; et du reste, à ce propos, nous ne pouvons mieux faire que de citer l'auteur lui-même, qui commence ainsi le chapitre intitulé de la *Métrite en général* :

« La métrite a été divisée d'une façon bien différente selon le point de vue où l'on s'est placé. Les uns, se basant sur des faits d'ordre clinique, admettent les métrites aiguë, chronique, hémorrhagique et purulente. D'autres, invoquant des considérations étiologiques, ont décrit une métrite blennorrhagique, une métrite puerpérale. Enfin

quelques auteurs ont invoqué l'anatomie pour établir des caractères différentiels, nous trouvons alors les métrites du corps et du col, polypeuse, ulcéreuse, granuleuse, et cette longue série d'épithètes données à l'affection qui nous occupe.

Parmi toutes ces espèces, un petit nombre seulement doit être conservé.

D'abord, quand il s'agit de classification, nous ne devons jamais oublier qu'il n'en existe pas dans la nature.

La classification est une vue de l'esprit qui nous représente, comme séparés les uns des autres, des objets qui ne le sont pas en réalité. C'est un moyen nécessaire pour offrir à la pensée certains points de repère, permettant de mieux comprendre par conséquent les phénomènes que nous observons.

Mais ces points de repère ne sont utiles qu'à la condition d'être précis, faciles à retrouver; et rien n'obscurcit plus une question que l'abus de la classification et de la multiplicité d'espèces mal définies.

Aussi peut-on dire que c'est là un des chapitres les plus confus de la pathologie des organes génitaux de la femme. »

Après cet exposé si magistral, l'auteur entre dans le vif de la question et décrit en clinicien consommé la métrite aiguë, la métrite chronique, et les ulcérations du col de l'utérus. A propos de ces dernières nous ne résistons pas au désir de citer encore ces deux phrases si vraies de l'auteur. « Les ulcérations n'ont qu'un intérêt de second ordre dans la pathogénie de la métrite. Elles n'en sont pas moins intéressantes, nécessaires même, à étudier, et peuvent présenter, dans certains cas, des indications tout à fait spéciales. »

Nous n'irons pas plus loin dans l'analyse de ce livre, attendant avec impatience la publication de la dernière partie pour formuler un jugement définitif.

Mais ce qui a paru suffit amplement pour le recommander à l'attention de tous les gynécologues, et est tel qu'on devait l'attendre de l'auteur qui parmi tant d'autres travaux remarquables nous avait déjà donné des mémoires si intéressants sur *l'état du foie chez les femelles en lactation*, sur *l'ovaire du fœtus et de l'enfant nouveau-né*, sur *l'histologie de la cavité utérine après la parturition*, etc.

PINARD.

VARIÉTÉS

SIMPLE RÉPONSE

A un professeur d'une école se disant « LIBRE » *pour ne pas se dire* « CATHOLIQUE. »

Nous lisons dans un de ses articles :

« Le rétrécissement le plus prononcé pour lequel M. Pajot ait appliqué le céphalotribe mesurait 36 millimètres. *L'opération dura* 41 *heures et elle n'était pas terminée quand la femme succomba* (voyez Hubert, t. II, *un autre catholique*).

Je donne le démenti le plus formel à l'auteur et au reproducteur.

Chaque séance de céphalotripsie dure environ dix minutes, je n'en ai jamais fait plus de quatre, cela fait au plus, un total de 40 à 50 minutes pour toute l'opération. Accordons une heure (1). Accordons-en deux. Ce n'est pas 41.

J'ai eu à accoucher pendant une pratique de 37 ans, *huit* femmes à opération césarienne, sept dans les hôpitaux et *une* en ville, par ma méthode de *céphalotripsie sans tractions*.

Six femmes ont été sauvées ; *deux* sont mortes, *une* sans être accouchée, d'une rupture diagnostiquée avant l'opération, l'autre d'éclampsie existant pendant le travail.

Six femmes sauvées, sur huit dans des cas à opération césarienne. Que les accoucheurs catholiques en montrent autant !

Professeur PAJOT.

J'ajouterai pour l'instruction particulière de l'auteur du mé-

(1) A ce compte, une lithotritie qui demanderait cinq séances, distancées de trois jours, serait pour les professeurs catholiques une opération qui durerait deux semaines. O bonne foi libre !

moire, qu'il n'y a guère d'opération césarienne *réussie* qui n'ait été publiée, et par contre, quand la femme et l'enfant sont morts on ne se hâte pas d'ordinaire d'envoyer l'observation aux journaux. C'est ainsi en France et très-probablement ailleurs. Les statistiques ne méritent donc aucune confiance dans ce cas.

P.

De l'enseignement des accouchements.

Rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique, par M. P. Budin, à la suite d'une mission dont il avait été chargé.

Monsieur le Ministre,

Pour répondre aux questions que vous m'avez adressées dans votre lettre du mois d'août 1878, j'ai l'honneur de vous adresser ce rapport. Je me suis servi, pour le rédiger, de documents que j'avais recueillis dans différents voyages en 1874, 1876, 1877, et qu'à votre instigation j'ai complétés en 1878.

L'obstétrique est enseignée aux *médecins* et aux *sages-femmes*. L'enseignement donné aux médecins est partout considéré comme le plus important; c'est donc sur lui que j'insisterai. Je dirai en terminant quelques mots sur l'instruction des sages-femmes.

L'enseignement de l'obstétrique donné aux *médecins* est divisé en deux parties : la théorie et la pratique.

La théorie est en générale l'objet d'un certain nombre de leçons faites par un professeur pendant un semestre, celui d'hiver ou celui d'été (Angleterre, Suisse, Autriche, Allemagne, Hongrie, etc.). D'autres fois, le professeur, pour faire son cours complétement, y consacre l'année entière (Hollande, Louvain, Saint-Pétersbourg).

La pratique comprend deux choses, les exercices opératoires et la clinique.

Presque partout dans une pièce voisine de l'amphitéâtre où sont faites les leçons théoriques, où dans une salle particulière éloignée des chambres des malades, les élèves sont exercés sous la direction du professeur ou sous celle des assistants, aux divers opérations manuelles et instrumentales. Le plus généralement, les élèves opèrent sur des fantômes avec des fœtus qui ont été mis dans des liquides

conservateurs; dans certaines, à Vienne, par exemple, où il y a un Institut anatomique très-important, les opérations sont pratiquées sur le cadavre. Ces exercices opératoires sont suivis par les élèves avec un grand empressement.

Mais c'est à l'enseignement clinique, à l'enseignement recueilli au lit des parturientes, que dans toutes les Facultés on attache la plus grande importance. Partout on exige que les étudiants, avant de se présenter à leurs examens, se soient fait inscrire dans le service de la clinique obstétricale pendant un temps plus ou moins long, un semestre, par exemple. On ne se borne pas, en général, à cette inscription : les étudiants doivent encore prouver qu'ils ont fait personnellement un ou plusieurs accouchements; le nombre minimum de ces accouchements est de deux en Hongrie, de quatre en Allemagne, de quatre à trente dans la Grande-Bretagne, suivant le corps examinant et suivant le titre qu'on désire obtenir; de dix à Helsingfors, etc. En Hollande, les étudiants doivent non-seulement avoir assisté à dix accouchements normaux, mais encore avoir pratiqué deux accouchements laborieux.

C'est cependant pour cet enseignement clinique que les difficultés les plus sérieuses existent. Tandis, en effet, que dans les services de médecine et de chirurgie la visite peut être faite à un moment déterminé, dans les services d'obstétrique l'accouchement peut avoir lieu à toute heure du jour et de la nuit.

Le nombre des accouchements étant en général restreint, aucun d'eux ne doit être perdu pour l'enseignement, et il faut un personnel assez considérable pour pouvoir surveiller à tout instant et diriger les étudiants.

Enfin, on avait pensé, il y a quelques années, que l'agglomération d'un certain nombre de femmes en couches dans un même hôpital pouvait être le point de départ d'épidémies meutrières : il fallait donc chercher à concilier l'intérêt des malades avec celui de l'enseignement.

Dans presque tous les pays, on est arrivé par des moyens différents à triompher plus ou moins complètement de ces obstacles. La solution du problème a du reste été partout facilitée par cette circonstance, que l'enseignement primant tout, les services hospitaliers lui sont absolument soumis. Les Facultés ont donc pu prendre les mesures qui leur paraissaient nécessaires.

Ainsi on a placé les étudiants en médecine dans des conditions telles

qu'ils peuvent suivre tous les accouchements, quelle que soit l'heure à laquelle débute le travail de la parturition. — On a nommé partout des professeurs et des assistants en nombre suffisant pour diriger utilement les élèves en médecine.

Enfin, grâce à des mesures de toutes sortes, préventives, hygiéniques et d'isolement, dans le détail desquelles je ne puis entrer ici, on semble avoir réussi à réduire au minimum la mortalité des femmes pendant la période puerpérale.

Les accouchements peuvent être faits par les étudiants: A. Soit à l'hopital ; B. Soit en ville, au domicile même des malades; C. Soit simultanément: à l'hopital pour les cas simples, et en ville pour les cas difficiles.

A. *Accouchements faits à l'hopital.* — Lorsque les étudiants doivent faire les accouchements à l'hopital, on met à leur disposition une salle où ils trouvent des tables, des chaises, des fauteuils, des divans, du feu, de la lumière, etc. Ils peuvent dans la journée y travailler, et la nuit s'y reposer en attendant que des femmes en travail se présentent (Vienne, Halle, Zurich, Moscou, Helsingfors, Dublin, Amsterdam, etc.).

Dans d'autres villes, à Prague, à Dresde, à Berne par exemple, les étudiants peuvent habiter l'hôpital même, soit dans un dortoir commun, soit dans des chambres particulières.

Enfin, à Copenhague et à Stockholm, ils *doivent* séjourner dans l'hôpital pendant un temps déterminé. A Copenhague, avant d'aller pratiquer, les médecins sont obligés de demeurer pendant six semaines à la clinique d'accouchement: sept suivent en même temps le service. A Stockholm douze étudiants habitent la Maternité, ils doivent y rester pendant trois mois.

B. *Accouchements faits en ville.*— Il y a un certain nombre d'années, on avait pensé à Londres que la suppression des services d'accouchements était nécessaire, qu'il valait beaucoup mieux pour les femmes accoucher chez elles sur un grabat que dans une Maternité, quelque somptueuse qu'elle pût être. On y a donc organisé le service des accouchements qui est fait par les étudiants au domicile des parturientes. Toute femme qui, dans certains districts, désire être accouchée gratuitement, va se faire inscrire à l'hôpital. Dès qu'elle souffre, l'étudiant qui a été désigné pour la soigner se rend auprès d'elle. Si

l'accouchement est simple, il y assiste seul ; si quelque difficulté se présente, il appele à son aide un house-surgeon ou interne, lequel, s'il y a lieu, prévient le professeur.

Quelques accoucheurs éminents font aujourd'hui, à Londres même, des critiques à cette méthode. L'étudiant, disent-ils, qui fait ainsi seul son premier accouchement est fort embarrassé et n'apprend rien; d'autre part, il semble maintenant démontré que les Maternités bien aménagées et bien dirigées n'offrent aucun inconvénient, à tel point qu'au lieu de les supprimer on vient d'en construire de nouvelles à Halle, à Leyde et à Helsingfors. Ils demandent donc qu'on élève à Londres de nouvelles Maternités, et les étudiants pourront y être soumis à un règlement analogue à celui qui est en vigueur à Edimbourg. Dans cette ville, en effet, obligés d'assister à six accouchements avant de passer leur examen, ils en font deux à la Maternité et ils pratiquent les quatre autres en ville.

C. *Accouchements faits simultanément à l'hôpital et en ville.* — La plupart des accouchements ainsi observés sont des accouchements normaux ; les accouchements laborieux, qui ne sont pas très-fréquents, présenteraient un plus grand intérêt pour les médecins qui doivent être initiés aux difficultés de la pratique. Pour réussir à en faire suivre un aussi grand nombre que possible, on a organisé dans la plupart des Universités d'Allemagne et de Suisse (Berlin, Kœnigsberg, Halle, Leipzig, Berne, etc.) ce qu'on appelle le service de la policlinique. Les étudiants reconnus par le professeur ou par l'assistant comme suffisamment instruits sont admis à y prendre part.

Lorsqu'une sage-femme a dans sa clientèle pauvre un accouchement laborieux, elle envoie demander du secours à la clinique obstétricale. Un étudiant désigné est envoyé avec l'assistant et, s'il y a lieu, il peut opérer sous la direction de ce dernier.

En Hollande le professeur de Leyde, en Belgique celui de Louvain, ont obtenu la place d'accoucheur des pauvres de la ville, si bien qu'ils ont pu organiser une policlinique analogue dont ils font profiter les étudiants.

En résumé : dans presque tous les pays, non-seulement les élèves en médecine reçoivent un enseignement obstétrical *théorique* et font des *manœuvres opératoires*, mais on favorise autant que possible leur instruction *clinique, et ils sont obligés de prouver, au moment de passer*

leurs examens, qu'ils ont personnellement pratiqué plusieurs accouchements simples ou laborieux.

Les SAGES-FEMMES reçoivent en général bien peu d'instruction. Je ne dirai rien de l'Angleterre qui, toujours avide de marcher dans la voie du progrès, étudie en ce moment les réformes qu'elle pourrait apporter dans l'organisation de ses midwives. En Suisse, en Allemagne, en Autriche, les sages-femmes ne séjournent que pendant cinq mois à l'hopital où des cours leur sont faits; en Hongrie, elles y demeurent six mois ; à Copenhague, neuf mois; à Stokcholm, une année.

La plupart des professeurs et des assistants m'ont assuré que leur éducation générale était si médiocre au moment de leur entrée dans les services d'accouchement, qu'elles étaient le plus souvent incapables de profiter de l'enseignement qui leur était donné. Un seul pays fait exception, c'est la Russie, où l'on sacrifie beaucoup en ce moment à l'éducation des femmes. On trouve à Saint-Pétersbourg et à Moscou des maisons d'accouchement admirablement tenues où de nombreuses élèves reçoivent en deux années une instruction complète. L'organisation de ces établissements semble calquée sur celle qui depuis longtemps est en vigueur à la Maternité de Paris.

C'est en effet cette maison, dont l'Assistance publique a la direction, qui, au point de vue de l'enseignement donné aux élèves sages-femmes, me semble pouvoir être jusqu'ici proposée comme modèle.

Tels sont, Monsieur le ministre, les renseignements les plus importants que j'ai recueillis et qui me permettent de répondre aux quelques questions que vous m'avez adressées. Dans mes différents voyages j'ai reçu de tous mes confrères étrangers un accueil si sympathique et si empressé que je vous demande la permission de consacrer cette dernière ligne à leur exprimer tous mes sentiments de vive reconnaissance.

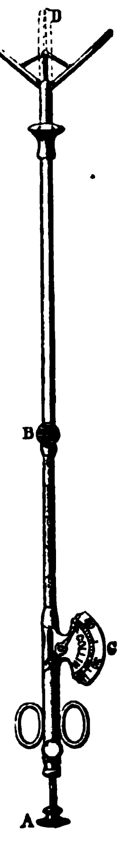
Agréez, Monsieur le ministre, l'assurance de mon profond respect.

P. BUDIN,
Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Hystéromètre intra-utérin. — M. le docteur Cambanis, de la Faculté d'Athènes, vient de faire construire chez M. Collin un hytéromètre intra-utérin servant à mesurer la cavité utérine à l'état de vacuité dans ses différentes directions.

L'idée en a été suggérée au docteur Cambanis par l'impossibilité dans laquelle on s'est trouvé jusqu'ici d'arriver à la mesure exacte, rigoureuse, des différents diamètres de la cavité utérine.

L'instrument, dont nous donnons la figure ci-contre, se compose d'une tige creuse ayant la longueur d'une sonde utérine ordinaire et terminée à son extrémité par deux valves articulées, légèrement courbes, destinées à mesurer l'étendue tranversale de la cavité utérine. Ces valves ont deux centimètres de longueur. Une tige, passant dans toute la longueur de l'instrument, s'articule aux valves par deux petites branches. En tirant le bouton A de cette tige on communique des mouvements à ces valves dont l'écartement est rigoureusement indiqué par une aiguille placée sur une plate-forme graduée. L'instrument porte, en outre, un curseur analogue à ceux des sondes intra-utérines, et qui, glissant sur la tige creuse extérieurement graduée, permet de mesurer le diamètre vertical de l'utérus.



A. Bouton de tirage.
B. Curseur.
C. Plate-forme graduée.
D. Point de réunion des deux valves.

Ajoutons encore que cet instrument est muni, à sa partie inférieure, d'une vis destinée à fixer la tige mobile, ce qui le rend propre à remplir l'emploi d'une pince ordinaire.

M. le docteur Cambanis a fait, à Clamart, un certain nombre d'expériences qui, toutes, ont donné des résultats pleinement satisfaisants.

Lait phosphaté. — Depuis un certain nombre d'années les phosphates et en particulier le phosphate de chaux, ont pris une place marquée dans la thérapeutique des enfants. Les médecins qui s'occupent plus spécialement des maladies de l'enfance savent quels effets merveilleux on retire de l'administration du phosphate de chaux chez les enfants dont le développement osseux est insuffisant.

Lorsqu'on administre le médicament sous forme de phosphate de chaux, l'absorption est presque nulle à cause de l'insolubilité du sel calcique; si on rend ce sel soluble en le combinant à un acide comme l'acide chlorydrique par exemple, on introduit dans l'estomac un acide qui n'est pas sans présenter de graves inconvénients sur la muqueuse gastrique.

Ce sont ces inconvénients qui ont amené le Dr Monribot, d'Epinay sur-Seine, à rechercher s'il ne serait pas possible d'obtenir la dissolution de ce sel dans le lait de vache. Les essais de M. le Dr Monribot ont été couronnés de succès et ont donné des résultats qu'il nous semble intéressant de faire connaître.

Le lait que nous avons employé et dont l'analyse a été faite par M. Godin, pharmacien, provenait d'une vache âgée de 6 ans à laquelle on donnait chaque jour, et en deux fois 60 grammes de poudre d'os calcinés et intimement mélangée à une bouillie préparée avec du son.

L'analyse chimique a donné pour un litre de lait:

Acide phosphorique (Pho^5) 1 gr. 0,93,

correspondant à

Phosphate de chaux tricalcique (3 Cao, Pho^5) 2 gr., 0,16.

Ainsi l'alimentation phosphatée à laquelle cette vache a été soumise a eu pour résultat d'augmenter d'une façon très-notable dans le lait les phosphates rendus *assimilables*.

Au point de vue clinique le lait chargé de phosphate de chaux nous a donné d'excellents résultats chez deux jeunes enfants atteints d'entérite, dans le service que nous avons dirigé à Saint-Lazare pendant plusieurs mois, comme suppléant de M. le Dr Courot. Dans notre clientèle nous avons administré avec un plein succès, chaque jour, un litre de lait phosphaté à un jeune homme de 19 ans atteint de tuberculose pulmonaire commençante.

Les signes perçus à l'auscultation et qui avaient été constatés en même temps que par nous par un praticien distingué, le Dr Lorne, se sont bientôt amendés et ont même disparu au bout d'un mois et demi de

traitement. L'état général du malade est devenu très-bon, les sueurs nocturnes qui existaient au début du traitement ont complètement disparu.

La confiance que M. le Dr Hérard semble accorder au lait phosphaté dans la tuberculose pulmonaire commençante, et les résultats que M. Bouchut a obtenus à l'hôpital des Enfants ne nous laissent plus aucun doute sur le rôle que le lait phosphaté est appelé à jouer dans la thérapeutique.

Devenu partie constituante du lait, le sel calcique doit nécessairement produire des effets qu'on ne peut obtenir avec lui dans les préparations pharmaceutiques.

Nous ne faisons que signaler aujourd'hui ce mode d'administration du phosphate de chaux, nous réservant de revenir plus tard sur cette question intéressante.

A. LEBLOND.

Concours. — L'Administration des hospices de Saint-Étienne (Loire), fait savoir que le lundi 12 avril 1880, un concours public, pour une place de médecin, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le Conseil d'Administration, assisté d'un jury médical ; il durera 5 jours et se composera de 5 épreuves.

Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en service le 1er juin 1880. Son traitement sera de 1500 fr par an.

S'adresser pour les conditions particulières au Secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, n° 40.

Nominations. — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination de notre distingué collaborateur M. Aimé Martin à la place de médecin titulaire de Saint-Lazare.

M. Oberlin a été nommé médecin-adjoint du même établissement.

AVIS.

Nous avons reçu de M. Porak un article en réponse à celui de M. Ribemont que nous avons publié en février dernier, l'abondance des matières nous oblige à remettre la publication de ce mémoire à notre prochain numéro.

APPEL

AUX MÉDECINS ET AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS ET DE LA PROVINCE.

Il s'est formé à Paris un comité français de secours aux inondés de Szegedin, ville de Hongrie détruite par un débordement de la Theiss. Au nombre des membres de ce comité se trouve un groupe de médecins qui se croient autorisés à faire appel à l'esprit de charité de leurs confrères. La France studieuse n'a pas oublié que pendant les désastres de 1870-71, elle a reçu de la Hongrie de nombreux témoignages de sympathie, et que nos soldats prisonniers et malades en Allemagne ont été chaleureusement secourus par la bienfaisance des Magyars.

La souscription ouverte en faveur des inondés hongrois si bien accueillie par nos concitoyens trouvera de chauds partisans parmi nos confrères et la jeunesse de nos écoles. Nous venons leur demander de tendre une main secourable à un pays où le nom de la France vit dans tous les cœurs.

BALL. BROCA. KRISHABER. Baron LARREY. PETER.

Nota. Les souscriptions sont reçues dans tous les bureaux de la Société générale à Paris et en province, et aux bureaux des *Annales de Gynécologie*, 2, rue Casimir Delavigne. Les noms des souscripteurs sont publiés par le *Journal officiel.*

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES HERNIES DE L'OVAIRE

SUITE (1).

Par le Dr Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Le volume et la forme de la tumeur ne sont pas moins changés quand avec l'ovaire se rencontre dans le sac soit l'utérus (2), soit, ce qui est plus fréquent, l'intestin, l'épiploon ou ces deux

(1) Voir le numéro de novembre 1878.

(2) Lallement en a observé deux cas; Chopart et Desault, Jackson, Olshausen, Scanzoni (obs. IV), Rektorzik, Werth (obs. II), Bilicki (obs. XII), en ont observé chacun un exemple. Il faut encore signaler Maschka (*Prag. Viertel. f. Heilk,* 1878, t. XXXV, p. 21). Chez cette femme qui avait un utérus bipartitus embryonnaire, l'ovaire, la trompe et la corne gauche se trouvaient dans le sac inguinal. Enfin, Murat, Cloquet et Cruveilhier ont rencontré l'utérus dans le sac d'une hernie crurale.

viscères à la fois. Suivant l'occurrence, la hernie s'offre sous un aspect différent; mais pour ne pas nous égarer dans les détails, nous nous bornerons à relater un des rares exemples qui aient été diagnostiqués sur le vivant.

Observation IV. — *Hernie inguinale gauche d'origine traumatique survenue quatre semaines après un second accouchement, contenant d'abord l'ovaire gauche et plus tard l'utérus. — Postérieurement à la hernie. grossesses terminées par l'avortement.*

Une femme qui avait été réglée à 21 ans et avait eu deux enfants retourna à son travail quatre jours après sa couche. Quatre semaines plus tard elle tomba en soulevant une barrique de vin et constata dans l'aine gauche une tumeur irréductible.

Pendant le cours d'une fièvre typhoïde survenue quatre ans après la production de la hernie, les règles furent remplacées par une leucorrhée abondante, en même temps que la tumeur inguinale acquérait le volume du poing. Examinée alors, cette tumeur était unie, ferme et s'étendait du côté de la grande lèvre gauche. Elle était plus large en bas, mince en haut, aplatie d'avant en arrière, et plus sensible à la pression que les parties voisines. En dehors et en haut de ce corps volumineux et piriforme se trouvait une petite tumeur de la grosseur d'un noyau d'abricot, moins mobile, mais *plus sensible, devenant distinctement plus douloureuse et plus volumineuse pendant la période menstruelle.*

Le vagin était allongé, tiré en haut et à gauche, infundibuliforme; dans le fond, point de col utérin, mais seulement une petite ouverture arrondie. Si, pendant que le doigt était porté dans cette ouverture, on soulevait le sac herniaire de façon à le remonter sur la branche horizontale du pubis, on sentait manifestement que la traction du vagin gauche était relâchée et qu'une petite portion du col s'engageait dans le vagin. Introduit par le col, une sonde très-fine pénétrait jusqu'au fond de la tumeur inguinale.

Deux ans après, à la suite d'un effort, la tumeur augmenta de volume.

Deux ans plus tard cette femme se remaria. Elle conçut immédiatement, mais avorta à deux mois. La tumeur, qui avant l'avortement avait le volume des deux poings, revint à sa grosseur primitive.

Lors d'une nouvelle grossesse survenue huit mois et demi après, la tumeur devint fatigante par son poids et fut ultérieurement le siége de douleurs aiguës, parfois rémittentes, parfois lancinantes. Miction douloureuse, ténesme vésical; constipation opiniâtre ; à quatre ou cinq mois, bruit de souffle utérin, mais pas de bruit de cœur fœtal. Traitement palliatif; mais à la fin du cinquième mois, les souffrances étant devenues intolérables et la tumeur étant devenue rouge et grossissant presque à vue d'œil, *Scanzoni* décida de provoquer l'avortement. En conséquence il introduisit un stylet dans l'utérus et fit une injection d'eau chaude : à la suite il y eut expulsion d'un fœtus mort mesurant 26 millim. et pesant 75 gr. Délivrance spontanée.

Quatre heures après, fortes tranchées, mais dès le lendemain plus de fièvre et diminution de la sensibilité de l'utérus. La tumeur fut mesurée avec soin pendant la période d'évolution régressive. Avant l'avortement elle avait 160 millim. de long, 445 de circonférence; le lendemain elle avait 150 et 380 seulement. La diminution se fit rapidement de jour en jour jusqu'au septième où la longueur était encore de 120 et la circonférence de 305. Après être restée stationnaire pendant trois jours, elle recommence à la suite de l'emploi du seigle ergoté, et le lendemain, la longueur est de 105 et la circonférence de 295. Le douzième jour, la longueur n'est plus que de 90 et la circonférence de 280; ce qui fait en onze jours une diminution de 60 en longueur et de 100 en circonférence. La sortie de la malade interrompit la mensuration (Scanzoni's *Beitræge zur Geburtsk und Gynæk.* Wurzburg, 1870, t. VII, p. 103.)

A s'en référer aux anamnestiques de cette remarquable observation, l'ovaire gauche est sorti tout d'abord, et partant la hernie peut être dite *primaire* mais le plus habituellement elle est *secondaire*, c'est-à-dire consécutive à l'existence de l'intestin ou de l'épiploon dans le sac herniaire. Quelle que soit l'occurrence, il peut se présenter deux cas : tantôt une adhérence préalablement établie entre l'ovaire et l'épiploon a amené le déplacement du premier, tantôt au contraire l'adhérence fait défaut comme dans l'observation suivante.

Obs. V (communiquée par M. le professeur Courty). — *Hernie crurale droite de l'ovaire réductible chez une femme de 42 ans. — Tumé-*

faction et endolorissement de la hernie à chaque menstruation. — Etranglement; péritonite, d'abord locale, plus tard généralisée. — Mort au bout de quinze jours. — Pas d'autopsie.

Madame R..., âgée de 42 ans, menstruée à 14; ayant eu quatre enfants et un avortement de deux mois et demi, bien constituée, petite, blonde, d'un tempérament lymphatique et ayant eu dans son enfance quelque manifestation d'impétigo, a contracté à l'âge de 35 ans une hernie crurale droite. Cette hernie se produisit à la suite d'un effort auquel cette personne se livra par mégarde peu de jours après son quatrième accouchement. Des renseignements fournis par la malade il semble même résulter que, dans le principe, la hernie contenait une anse intestinale seule ou simultanément avec l'ovaire; elle était le siége de gargouillements et le médecin consulté à ce moment y produisit par la percussion un son tympanique; enfin il y eut à diverses reprises des altérations caractéristiques et passagères des fonctions digestives. La hernie était réductible et était imparfaitement contenue par un bandage. Enfin, au bout d'un certain temps qui ne put être précisé, il paraît qu'il ne resta plus de portion d'intestin dans la hernie, mais la tumeur n'en persista pas moins. La malade remarqua avec beaucoup de précision que les alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur, pour le volume aussi bien que pour la douleur qu'elle y ressentait, étaient en rapport avec les alternatives d'époque menstruelle et d'espace intercalaire. Elle assure même qu'il ne se passait pas une seule époque menstruelle sans qu'elle éprouvât dans la tumeur, plus volumineuse à ce moment, un endolorissement plus ou moins fort, obligeant parfois le séjour au lit et l'emploi des calmants. Elle avait abandonné l'usage du bandage, et, bien qu'elle assure que la tumeur était jusqu'à ces dernier temps restée réductible, il est assez douteux qu'il en fût ainsi.

C'est à la suite d'une époque menstruelle où elle avait éprouvé une douleur plus forte que d'habitude que la malade fut prise d'accidents qui s'aggravaient de jour en jour. La hernie, au lieu de diminuer comme après les autres époques, resta tuméfiée; elle devint tendue, rénitente, rouge violacée, très-douloureuse, au toucher comme si un abcès allait se former au-dessous de l'arcade crurale droite. Malgré les lavements et l'administration de l'huile de ricin qui avaient paru évacuer entièrement l'intestin par le bas, le bas-ventre se tuméfia,

devint douloureux, en même temps que se montraient des hoquets et des vomissements.

C'est alors que je fus appelé, en 1862, pour voir la malade qui habitait une ville voisine. L'exploration minutieuse des parties, les renseignements fournis par le toucher, — le col de l'utérus élevé, porté en arrière et à gauche ne pouvant être éloigné de sa position sans que le mouvement retentît douloureusement dans la tumeur, le mouvement de tension manifestement éprouvé par l'utérus, — la connaissance des anamnestiques me firent confirmer le diagnostic émis par le médecin ordinaire. On avait fait sur la tumeur des applications belladonées et refrigérantes même avec de la glace, on avait tenté à plusieurs reprises le taxis. Je ne fus pas plus heureux en le réitérant ; néanmoins, présumant qu'il n'y avait pas d'intestin dans le sac, je portai un pronostic favorable.

Effectivement il parut justifié les premiers jours par l'amélioration qui suivit l'application des sangsues et d'une large couche d'onguent napolitain recouvrant tout le ventre, et l'on put croire le cinquième jour après ma visite que la malade, dont on me transmettait quotidiennement des nouvelles, était définitivement hors de danger. A ce moment, sans qu'on pût accuser la moindre imprudence, des frissons répétés furent le début d'accidents nouveaux : le pouls devint petit, fréquent, et revêtit le caractère abdominal, le refroidissement envahit la malade, le ventre se météorisa, les vomissements reparurent et coïncidèrent avec la suppression des selles, les vomissements, de verdâtres poracés, prirent l'odeur stercorale, enfin tous les symptômes s'accordèrent à faire conclure que la péritonite s'était étendue à la portion sous-diaphragmatique du péritoine. La mort eut lieu le quinzième jour.

La persistance et la recrudescence de cette péritonite tient-elle à ce que, malgré les apparences, une portion d'intestin se trouvait pincée dans la tumeur? L'autopsie ayant été refusée par la famille, cette difficulté ne put être vidée.

Quoique l'absence d'autopsie n'ait pas permis de vérifier le diagnostic, tout s'accorde à en faire admettre l'exactitude. La malade présentait effectivement les symptômes qui caractérisent l'ectopie ovarienne, puisque la tumeur crurale subissait l'influence de la menstruation et se trouvait être en connexion intime avec l'utérus. Ce sont là les signes pathognomoniques de

la présence de l'ovaire dans le sac, mais si nous connaissons le premier de ces signes et en avons signalé toute l'importance physiologique, nous avons jusqu'ici passé sous silence le second, qui a une valeur encore plus considérable,

Par suite de la position extra-abdominale de l'ovaire, l'utérus se trouve tiraillé et dévié de sa position naturelle. Les examens cadavériques démontrent qu'alors, non-seulement le fond de l'utérus est incliné vers le côté correspondant à la hernie, mais qu'encore l'organe tout entier est modifié dans sa position. Généralement le col est élevé pendant que la corne utérine correspondante à l'ectopie est entraînée en avant par une sorte de mouvement de torsion. Ce déplacement déjà noté par Lassus existe dans tous les cas à des degrés divers, mais il n'a rien de spécial : il acquiert au contraire une importance réelle, si l'on cherche à le corriger avec le doigt alors que l'autre main est placée sur la tumeur.

Pour donner à cette manœuvre toute sa signification, on introduit l'index aussi profondément que possible dans le cul-de-sac utéro-vaginal du même côté que celui où existe la hernie (index droit pour ectopie gauche, index gauche pour ectopie droite), pendant que la tumeur est serrée entre le pouce, le médius et l'index de l'autre main; on pousse brusquement l'utérus du côté opposé et on constate à chaque secousse que la tumeur exécute sous la peau un glissement léger, mais très-manifeste dans le même sens. Les secousses occasionnent en même temps de légers tiraillements dans le côté correspondant du bas-ventre et, quand elles sont trop fortes, on constate que le déplacement de l'utérus est limité par une résistance insurmontable.

Quand la hernie est double, on poussera successivement des deux côtés. En poussant directement d'avant en arrière on agit quelquefois sur les deux tumeurs, mais on constate surtout une grande fixité de l'utérus, une sorte d'enclavement. Le col est alors sur la ligne médiane et a son méat dirigé plus ou moins en arrière. Le plus habituellement le doigt suffira à faire constater ce symptôme, mais on peut encore recourir à l'hystéro-

mètre qui, employé avec les précautions requises, ne saurait motiver les craintes par trop exagérées d'Englisch. Cet instrument, cela va de soi, donne des résultats tout à fait identiques : chaque effort de translation de l'utérus déplace visiblement la hernie et, quand celle-ci est saisie comme ci-dessus, le mouvement de traction est nettement apprécié.

Ce symptôme a une importance capitale en ce qu'il a été noté dans tous les cas où on a fait cette recherche ; cependant il est des circonstances où il peut échapper à un observateur superficiel, c'est lorsque le ligament de l'ovaire hernié a subi une élongation considérable. Dans ces cas, à vrai dire exceptionnels, l'utérus peut avoir sa position normale; mais en exagérant le déplacement artificiel de l'utérus, on peut encore percevoir le mouvement de traction éprouvé par l'ovaire.

A raison de leur extrême contingence, les autres symptômes nous arrêteront moins. Cependant, pour être complet, il convient de signaler la tolérance des malades qui à l'égard de ces hernies est grandement variable. S'il est des femmes qui ont gardé pendant des années de semblables tumeurs sans en être incommodées et même sans s'en douter, il en est d'autres qui en ont ressenti de bonne heure les inconvénients. En voici un nouvel exemple.

Obs. VI. — *Hernie crurale gauche de l'ovaire chez une femme de 50 ans sans enfants, arrivée à la ménopause, depuis quatre ans. — Douleurs apparaissant quelquefois aux époques menstruelles. — Usage prolongé d'un bandage.*

Madame D..., âgée de 50 ans, réglée à 13 ans 1/2, n'ayant jamais eu d'enfants et ayant passé l'âge critique depuis quatre ans, me fit appeler, dans l'hiver 1873, pour un rhumatisme généralisé.

En examinant les articulations malades, je remarquai au-dessous du ligament de Fallope, du côté gauche, une tumeur herniaire, paraissant irréductible, assez molle à la surface, mais présentant au centre un noyau d'induration de la grosseur d'une amande, douloureux à la pression, ayant même fait éprouver maintes fois à la malade de telles douleurs qu'elle me pria de ne pas la comprimer de peur de ré-

veiller ces douleurs dont elle conservait un pénible souvenir. Elle m'assura également que, par intervalles, elle avait remarqué que sa tumeur augmentait et devenait plus douloureuse pendant les règles, au point de ne pouvoir être touchée ni rentrée dans la cavité abdominale où elle se réduisait assez facilement dans les autres moments, et où elle était contenue depuis vingt et un ans comme une hernie ordinaire à l'aide d'un brayer crural.

Par le toucher je m'assure que la corne gauche était inclinée vers l'arcade crurale du même côté, ce qui déterminait dans l'utérus un mouvement de torsion en vertu duquel sa face antérieure regardait un peu à droite et un mouvement de bascule qui élevait le col en le portant en arrière et à droite, l'orifice du museau de tanche regardant dans cette direction. Du reste, l'utérus comme les organes externes de la génération commençaient à être atteints par l'atrophie sénile et je ne fis aucune tentative de réduction sur la tumeur qui, vu l'âge de la malade, me parut ne devoir entraîner pour elle aucun péril ultérieur, en la supposant même irréductible. (Communiquée par M. le professeur Courty.)

Parfois la tumeur apporte de la gêne aux actes les plus naturels. Ainsi chez quelques personnes, le décubitus latéral opposé à la hernie (Seller), les mouvements des membres inférieurs dans l'action de se baisser et de se relever sont des occasions de souffrance. Dans un cas de hernie inguinale double observé par Beigel, les rapprochements sexuels étaient tellement douloureux qu'ils durent être interdits. Enfin il en est résulté parfois la claudication (Guersant) et même l'impossibilité de tout travail, comme cela a été signalé par Percival Pott, Imbert et Meadows.

Il est encore d'autres symptômes, mais comme ils sont l'indice de complications advenues, ils peuvent sans inconvénient être passés sous silence. Par le fait de son déplacement, l'ovaire acquiert une propension exceptionnelle à perdre son intégrité physiologique, c'est au point qu'on y observe toutes les lésions depuis la plus commune jusqu'à la plus rare, et que si on voulait les décrire par le menu, on aurait une pathologie complète.

IV

Les hernies de l'ovaire sont, de toutes les tumeurs qui se rencontrent à l'aine, celles qui ont donné le plus souvent le change, puisque des 110 observations sur lesquelles est établi ce travail, 22 tout au plus peuvent se prévaloir d'un diagnostic rigoureux. Chose triste à confesser, les plus habiles comme les moins savants s'y sont trompés et ont méconnu tantôt le caractère herniaire de la tumeur, tantôt la nature de l'organe qui y était contenu. Ces erreurs, qui trouvent leur excuse dans l'état arriéré de nos connaissances sur ce point, ne sauraient être des raisons pour désespérer de l'avenir : au contraire, les notions présentement acquises permettent d'affirmer que ces hernies seront diagnostiquées à l'instar des autres tumeurs de l'aine.

En présence d'une femme ayant dans cette région une tumeur à caractère indécis, plusieurs questions se posent à l'esprit ; mais les seules qui doivent être agitées dans l'hypothèse qui nous occupe sont les suivantes : La tumeur est-elle herniaire ? et ultérieurement : Quel en est le siége et le contenu ?

Au double point de vue de la théorie et de la pratique, la première question est de toutes la plus facile à résoudre. Théoriquement il suffit de constater le collet du sac et l'existence d'un pédicule se prolongeant dans l'intérieur de la paroi abdominale pour dénoncer l'origine herniaire de la tumeur ; pratiquement il suffira de rappeler que sur ce point on compte seulement quelques erreurs de diagnostic. Tels sont les faits de Percival, Pott et de Lassus qui crurent à des ganglions enflammés, De Guersant qui diagnostiqua une tumeur enkystée de la grande lèvre, et enfin de Lücke qui admit l'existence d'un lipome. Disons à la décharge du professeur de Berne que l'ovaire hernié avait subi la dégénérescence kystique (1).

---

(1) En janvier 1879, j'ai observé chez une femme de 36 ans un kyste du liga-

La position de la tumeur par rapport au ligament de Gimbernat permet d'établir si elle est inguinale ou crurale, puisque dans le premier cas elle est au-dessus et dans le second au-dessous de ce ligament. Il est à peine besoin d'ajouter qu'on ne connaît pas d'erreur de ce genre.

Au contraire la détermination du contenu a donné lieu à une foule d'erreurs : si quelques-uns ont cru à une entérocèle, la plupart ont diagnostiqué une épiplocèle alors que d'autres se méprenant sur le sexe ont pris l'ovaire prolabé pour le testicule.

L'erreur des premiers n'est pas de nature à arrêter longuement, et il est d'autant moins besoin d'y insister qu'elle est en général facile à éviter. La forme de la tumeur, sa consistance, l'absence de son tympanique à la percussion, sa réductibilité sans gargouillement, ou son irréductibilité sans symptômes d'étranglement, suffisent à faire écarter l'idée d'une hernie intestinale.

Le problème est plus difficile quand l'intestin coexiste avec l'ovaire dans le sac herniaire, mais cependant il n'est point insoluble. Enfin, au cas où il y aurait étranglement, l'erreur a une moindre importance, le débridement se trouvant indiqué naturellement : pourtant qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas étranglement, un diagnostic rigoureux n'est pas impossible.

La confusion avec l'épiplocèle a été plus fréquemment commise, et cela se conçoit d'autant plus aisément que la tumeur existant dans l'un et l'autre cas offre parfois les plus grandes ressemblances. Sans doute la résistance des tissus, la forme parfaitement ovoïde de l'ovaire, la finesse du pédicule contrastent avec ce qui existe dans la hernie épiploïque ; mais à parler en toute franchise, ces nuances passeraient le plus souvent inaperçues s'il n'existait d'autres éléments de diagnostic. Pour

---

ment rond du côté gauche qui m'a quelque temps embarrassé. Je n'ai évité la confusion avec une hernie de l'ovaire qu'en pratiquant le toucher. L'utérus avait en effet sa position médiane habituelle, tandis que dans l'ovariocèle le fond de l'utérus est invariablement déjeté du côté de la tumeur.

tout dire, *les variations subies par la tumeur pendant la durée de l'écoulement menstruel, le caractère particulier de sa sensibilité, le déplacement de l'utérus constaté par le toucher vaginal et le cathétérisme utérin, et surtout la transmission à la tumeur des mouvements en sens inverse imprimés à l'utérus, sont les signes à l'aide desquels on diagnostiquera la hernie de l'ovaire.*

Pour poser avec certitude un semblable diagnostic, il n'est pas nécessaire que l'on constate sur le sujet tous ces signes : il est au contraire bon de rappeler que quelques-uns peuvent manquer ou même exister, sans qu'il y ait forcément un autre déplacement dans le premier cas ou ce déplacement dans le second. Ainsi la sensibilité de l'ovaire peut être perdue par l'ancienneté de la hernie ou modifiée par la concomitance d'une lésion ; le déplacement latéral de la matrice peut être diminué ou même tout à fait annihilé par la laxité du ligament large correspondant sans qu'on soit en droit de révoquer l'existence d'une hernie ovarienne. Dans un autre ordre d'idées, l'augmentation de la tumeur pendant l'écoulement menstruel a été notée dans quelques cas de hernie intestinale, et tout récemment j'ai donné mes soins à une jeune femme qui me dénonçait cette particularité, quoiqu'elle eût sûrement une hernie de ce genre.

Il faut donc être prévenu de l'une et de l'autre possibilité et, en dernière analyse, n'accorder une importance pathognomonique qu'au retentissement sur la tumeur des tractions exercées en sens inverse sur le col de l'utérus. Chez les femmes maigres, en déprimant fortement la paroi hypogastrique, on peut arriver à des résultats identiques ; mais, je m'empresse de le dire, il faut une habitude plus grande de cette pratique pour percevoir la traction que peut en subir la tumeur de l'aine.

En résumé, l'examen bi-manuel qui établit la connexion du contenu herniaire avec l'utérus est le signe capital, car même dans les cas de relâchement du ligament large, il permet de constater un tiraillement de l'ovaire sorti. L'inclinaison de l'utérus du côté de la hernie et en particulier l'accroissement en volume de la tumeur constaté par le médecin au moment de la

menstruation, viennent ensuite; mais d'une manière générale, le diagnostic n'est facile que dans quelques cas exceptionnels et ce n'est qu'à l'aide d'une analyse délicate qu'il peut être porté avec certitude chez les adultes.

Il n'en est pas de même chez les enfants : sans doute tous ces signes, à l'exception de l'augmentation menstruelle de l'ovaire, existent; mais à l'imitation de M. le professeur Courty je ne crois pas qu'il convienne d'en rechercher l'existence.

Obs. VII. — *Hernie inguinale droite de l'ovaire, réductible, probablement congénitale, chez un enfant de 10 ans. — Aucun symptôme pathognomonique.* (Obs. inédite communiquée par M. le prof. Courty.)

En 1856, une fille de 10 ans me fut amenée dans mon cabinet pour des douleurs abdominales que les parents attribuaient à des vers. Cette enfant, brune, assez développée pour son âge, paraissent bien constituée, un peu maigre, ayant eu la rougeole, mais aucun symptôme d'affection diathésique, se plaint, depuis six mois environ, d'éprouver dans l'abdomen, tantôt à gauche du côté des flancs et parfois vers l'hypogastre, des douleurs lancinantes, parfois très-aiguës, mais disparaissant assez rapidement et donnant à l'enfant, au moment où elles se produisent, un sentiment d'angoisse qui semble devoir aller jusqu'à la syncope, quoique jamais il n'y ait eu évanouissement. Au dire des parents elle a rendu des cucurbitains et on peut présumer d'autant mieux qu'elle ait le tœnia que, tout en maigrissant, elle a vu s'accroître son appétit.

En même temps mon attention est appelée sur une tumeur inguinale droite du volume d'une petite amande, ayant son plus grand diamètre dans le sens même du canal inguinal, demi-molle à la circonférence, demi-dure au centre où elle est rénitente, glissante, comme enveloppée d'une séreuse, et d'une sensibilité telle que le contact en est douloureux et que la pression arrache un cri à l'enfant qui pourtant n'est guère douillette. Lorsqu'elle est debout et qu'elle marche, la tumeur devient sinon plus volumineuse, du moins plus tendue, et quoiqu'on perçoive bien sa consistance demi-molle, elle semble ne devoir plus rentrer; au contraire, lorsque l'enfant est couchée, la tumeur ne tarde pas à se ramollir et, sauf la dureté centrale, a la consistance de l'épiplocèle. Enfin, lorsqu'on pratique le taxis, on par-

vient au bout de quelques minutes à réduire complétément la tumeur. On a remarqué du reste que certains jours, avant l'heure du lever, il n'y avait pas trace de tumeur. Les parents assurent que cette tumeur s'est produite peu à peu à partir des premiers temps de l'existence de cette enfant, mais l'impossibilité où ils sont de préciser l'époque de son apparition nous fait présumer qu'elle est congénitale.

Deux médecins consultés ont pris cette tumeur pour une épiplocèle et ont conseillé l'application d'un bandage, ce qui n'a pas été fait. Sans partager leur opinion, mais présumant d'après la forme de la tumeur, la consistance de son noyau central, sa présence dans le canal inguinal au lieu du canal crural, et son aspect allongé, qu'elle est constituée par l'ovaire, je conseille aussi l'application d'un bandage.

Quant aux douleurs abdominales, elles tiennent à la présence du tænia et elles sont combattues par la graine de courge. Ce double traitement a-t-il été suivi de succès? Je l'ignore, car je n'ai plus revu cette enfant qui était d'un pays éloigné.

Enfin d'autres fois l'ovaire a été pris pour le testicule. Cette confusion, rare lorsque les organes génitaux sont normalement conformés, — je ne connais que Rizzoli qui ait signalé une semblable méprise, — est relativement fréquente quand le clitoris a acquis un développement exagéré et que la vulve et le vagin ont éprouvé conjointement des déviations profondes dans leur type fondamental. La détermination du sexe devient alors un des problèmes les plus délicats, et les opinions les plus contradictoires peuvent être soutenues avec un véritable acharnement. Nous en avons relevé pour notre première publication de nombreux exemples auxquels nous croyons pouvoir joindre aujourd'hui celui qui a été relaté par Underhill. Quoi qu'en ait pensé ce savant et estimé confrère, son observation est un remarquable exemple d'absence apparente d'utérus compliquée de hernie des deux ovaires. C'est du moins l'impression que m'a laissé la lecture réfléchie de ce travail.

Pour le moment on me permettra de ne pas insister davantage sur ce point et me dispensera de décrire les caractères à l'aide desquels la détermination exacte du sexe peut être faite.

Il y aurait là matière à un travail trop étendu pour qu'il puisse être abordé ici avec les développements qu'il comporte.

Quant au *pronostic*, il n'est pas sans importance. La hernie de l'ovaire est toujours une lésion sérieuse et peut être une source de dangers. Faute d'être réduite et d'être maintenue, elle peut se compliquer de l'épiploon, de l'intestin, et même de l'utérus, comme aussi l'ovaire peut s'enflammer, contracter adhérence, suppurer ou bien encore dégénérer en kyste, devenir carcinomateux et même tuberculeux. Bref, l'ovaire est dans ces conditions exposé à une série de maladies et la multiplicité de ces lésions est à mes yeux le témoignage incontestable que son déplacement n'est pas étranger au développement de ces divers processus.

Enfin, à s'en référer au dépouillement minutieux des faits, la femme atteinte de ce déplacement est moins apte à remplir les fonctions auxquelles la nature l'a appelée. Sans doute elle est, comme les autres personnes de son sexe, régulièrement menstruée, maiselle est plus fréquemment qu'elles, sujette à la stérilité.

Quoi qu'en ait dit Olshausen (Die Krankheiten der Ovarien Stuttgart, 1877, p. 15), cette hernie expose les femmes qui en sont porteurs aux grossesses extra-utérines. Les observations de Gofey (obs. I) de Balin et de Widerstein prouvent manifestement que ce danger est sérieusement à redouter. Les agents qui en favorisent la production sont moins l'étroitesse du canal inguinal et la compression exercée par les muscles abdominaux, que les conditions défectueuses et tout à fait anormales dans lesquelles se trouve alors le pavillon de la trompe. Placé, en général, en bas et en dedans de l'ovaire, contenu dans un espace restreint et exposé à de nombreuses altérations (Bourdon. *Bull. de la Soc. anat.* 1871, p. 108), le pavillon a forcément de grandes difficultés à déployer sa corolle, à étaler ses franges ; bref le mécanisme de l'adaptation, s'il n'est absent, est tout au moins fort imparfait, et l'ovule fécondé se dérobe aisément à son action. De là la possibilité d'une grossesse extra-utérine et extra-abdominale tout à la fois : aussi on

s'explique les hésitations du professeur Courty dans l'observation qui suit :

Obs. VIII. — *Hernie inguinale gauche, vraisemblablement congénitale irréductible de l'ovaire et de la trompe chez une fille de 26 ans; tumeur très-sensible, très-douloureuse, augmentant à chaque menstruation; obliquité marquée de l'utérus dont le col regardait en arrière et à droite; intolérance pour le bandage.* (Obs. inédite.)

Dans le cours de l'année 1875 une demoiselle de 26 ans, réglée depuis sa 14e année, sans douleur, du moins assez intense pour prendre le caractère de tranchées utérines et nécessiter le repos, grande, brune, tempérament lymphatico-sanguin, bien constituée, n'ayant eu d'autre maladie que la rougeole, fut conduite dans mon cabinet au sujet d'une tumeur de l'aine gauche.

La tumeur, qui paraît remonter à la naissance de la malade, mais, sur laquelle son attention et celle de ses parents n'ont été sérieusement appelées que depuis l'instauration menstruelle où elle est devenue douloureuse, occupe le canal inguinal gauche dans une longueur de 5 à 6 cent. Elle a la forme allongée, en fuseau, à extrémité supérieure et externe plus volumineuse, paraissant se continuer avec un pédicule dans la cavité abdominale. Elle est sensible au toucher et surtout très-sensible aux tentatives infructueuses de réduction, que l'on ne peut continuer longtemps, la malade se plaignant qu'elles lui portent au cœur et qu'elle est sur le point de s'évanouir.

Cette douleur augmente beaucoup à l'époque des règles, certains mois plus que d'autres (cette personne en a fait très-exactement l'observation), et en même temps, surtout les mois où la douleur acquiert son maximum, le volume de la tumeur augmente tellement qu'il peut aller jusqu'à atteindre le double de son volume ordinaire. Quand la douleur est très-forte, la malade ne peut toucher à la tumeur et doit ôter le brayer, à pelotte excavée, simplement protecteur qu'elle porte depuis quelques années; elle doit même se coucher pendant quelques heures. La douleur s'irradie le long de l'aine, du flanc, jusqu'aux lombes, elle paraît se propager aussi à l'hypogastre; mais jamais la malade n'éprouve dans cette région les tranchées utérines provenant des contractions de la matrice.

Le toucher fait constater, outre la membrane hymen et une conformation normale du col avec un orifice linéaire de dimension suffisante, l'élévation et la projection du col en arrière et à droite, la

face antérieure du corps de l'organe se tournant du même côté pendant que la corne gauche est élevée et inclinée vers l'aine correspondante où il est difficile au doigt de l'atteindre ; les mouvements imprimés au col se transmettent directement à la région inguinale et, en faisant basculer le col, on sent manifestement la traction de la corne gauche se transmettre à la tumeur inguinale qui en devient douloureuse.

Il s'agit donc d'une hernie inguinale vraisemblablement congénitale de l'ovaire et même de la trompe, hernie qui a été jusqu'à ce jour irréductible et qui paraît l'être définitivement ; aussi conseillons-nous à la malade de continuer à se servir du brayer protecteur. Quant à la question de la possibilité pour cette personne d'un mariage, question qui nous est posée par les parents, l'irréductibilité de la hernie nous fait hésiter à donner une réponsé favorable ; car on ne peut prévoir à quels accidents donnerait lieu une gestation dans le cas où des adhérences rendraient cette irréductibilité absolue.

On a accusé en effet les ectopies d'entraver la marche régulière de la grossesse utérine, de favoriser l'avortement et les présentations vicieuses du fœtus, mais ces accusations sont plus spécieuses que fondées sur l'examen des faits. La femme dont Deneux a relaté l'histoire eut, il est vrai, une gestation laborieuse, mais elle accoucha à terme et par les seules forces de la nature. Quant aux autres et notamment à celles observées par Widerstein, Olshausen, Rizzoli, etc., etc., la grossesse et l'accouchement ne présentèrent rien d'anormal.

Enfin la stérilité n'est pas absolument fatale, puisqu'on a vu la conception survenir alors que la hernie existe des deux côtés. Au fait de Handy que j'ai cité à la page 70, je puis joindre celui de Beigel et de Jones Makeig. Dans le premier (*Die Krankh, d. Weibl. Geschleckts*, 1864, t. I, p. 436), il s'agit d'une hernie crurale double et la femme qui la présentait avait eu plusieurs enfants ; dans le second (*British med. Journ.*, 22 sept. 1877), il s'agit d'une hernie inguinale double congénitale et la femme qui en était affectée était mère d'un enfant au moment où l'observation a été publiée.

En résumé, la hernie de l'ovaire prédispose cet organe à de nombreux processus morbides. Alors même qu'elle est double,

elle ne porte aucune entrave à la menstruation, elle n'empêche pas absolument la grossesse utérine, mais on ne saurait méconnaître qu'elle expose à la grossesse extra-abdominale et a pour conséquence possible la stérilité.

V

L'intervention médicale est motivée non-seulement par l'étranglement, c'est-à-dire l'inflammation et la suppuration de l'ovaire, mais encore par les douleurs inhérentes à la menstruation et même en l'absence de toutes douleurs par la possibilité de la stérilité et par l'extrême tendance de l'ovaire hernié à dégénérer.

Le traitement est donc légitime dans tous les cas, mais naturellement il varie avec l'état de l'organe.

L'ovaire est-il à l'état physiologique? Il faut s'empresser de le réduire et s'efforcer de le maintenir réduit par un bandage approprié à la variété de la hernie. Si le taxis échoue, il doit être réitéré après quelques jours pendant lesquels la malade aura été maintenue dans le repos horizontal, la tumeur étant comprimée par un coussin de sable pesant quelques kilogrammes. La réduction, en général, facile à obtenir pour les déplacements accidentels d'origine récente, rencontre plus d'obstacles quand l'ectopie est d'origine congénitale. A moins d'intervenir peu après la naissance comme je l'ai fait ou de pratiquer la dilatation forcée des anneaux à l'exemple de Rizzoli, les chances de réussite deviennent médiocres ou même tout à fait nulles après la puberté. Nonobstant, on ne saurait s'abstenir de toute intervention. Que l'irréductibilité vienne de l'accroissement en volume de l'organe ou soit le fait d'adhérences contractées avec le sac, il est indiqué d'appliquer un bandage à pelote munie d'une concavité appropriée au volume de la tumeur. Par cette conduite on atteint deux buts : on entrave le développement ultérieur de la hernie et protége l'ovaire contre les contusions

et les froissements déterminés par les mouvements brusques des membres inférieurs.

Par cette contention prolongée on peut, il est vrai, favoriser l'atrophie de l'organe, mais la possibilité de cet accident ne saurait justifier la non-intervention. Qu'importe l'atrophie quand la tumeur est unilatérale ou qu'étant double elle coïncide avec une malconformation des organes sexuels tels que l'hermaphrodisme ou l'absence de l'utérus. Dans l'une et l'autre hypothèse, l'ovulation est sans utilité. Il n'en serait pas de même, il est vrai, si la hernie double coïncidait avec des organes tout à fait normaux, mais hâtons-nous d'ajouter que l'atrophie n'est pas la conséquence inéluctable d'une compression prolongée. Du reste, la stérilité fût-elle fatale, que la perspective d'une grossesse extra-abdominale, d'une inflammation ou d'un étranglement ne saurait faire hésiter à adopter cette pratique.

L'ovaire se trouve-t-il au contraire, à l'état pathologique, autre devra être la conduite du praticien. D'une manière générale elle sera subordonnée aux circonstances et variera suivant la nature de la lésion, l'intensité des symptômes et la gravité des accidents.

L'inflammation est-elle modérée, on la combattra par le repos au lit, les sangsues, les cataplasmes; est-elle plus intense, on associera à ces moyens les onctions mercurielles, le calomel et les purgatifs répétés.

Obs. IX. — *Hernie crurale droite de l'ovaire irréductible, se tuméfiant et devenant quelquefois douloureuse aux époques menstruelles, atteinte une fois d'étranglement qui céda aux antiphlogistiques et aux évacuants* (inédite, communiquée par M. le professeur Courty).

Mlle D..., célibataire, 40 ans, bien constituée, taille moyenne, cheveux châtains, tempérament lymphatico-sanguin, habitant souvent la campagne, réglée avant 13 ans, ne se souvenant pas d'avoir été malade, s'aperçut un jour, vers l'âge de 30 ans, qu'après un effort très-violent pour soutenir un berceau dans lequel se trouve un enfant qui lui était confié et qui menaçait de tomber, il s'était manifesté une

très-petite tuméfaction au-dessous et en dedans de l'aine droite. Peu à peu la tumeur grossit et au bout de quelques mois elle égalait une grosse noix et parfois même un œuf de poule.

Bien que par moments la tumeur fût plus douloureuse et même plus volumineuse, la malade, par un sentiment de pudeur mal interprétée, négligea de consulter aucun médecin et se contentait alors de garder le lit et de couvrir la tumeur de cataplasmes.

Au mois de mai 1858 je fus appelé auprès d'elle, parce depuis quelques jours elle se trouvait très-souffrante et qu'elle ne recevait aucun soulagement des soins qui lui étaient donnés par son médecin ordinaire. Cette recrudescence de douleurs était survenue à la suite d'une fatigue et d'efforts répétés juste pendant l'époque menstruelle et au moment où la tumeur se trouvait être plus douloureuse. A cette occasion, nous apprîmes de la malade que plusieurs fois déjà elle avait remarqué que l'augmentation de volume de sa tumeur et l'aggravation ou plutôt l'apparition des douleurs (car habituellement cette tumeur était indolente) coïncidaient avec une de ses époques menstruelles, sans qu'il y eût aucune régularité dans ces phénomènes et surtout sans qu'ils se manifestassent à toutes les époques. Loin de là, elle restait quelquefois cinq ou six mois de suite sans en souffrir et même sans voir augmenter le volume de la tumeur, alors que d'autres fois celle-ci augmentait de volume sans devenir douloureuse.

Cette fois l'augmentation de volume et la douleur étaient arrivées au maximum. Les symptômes d'étranglement herniaire augmentaient d'heure en heure et inspiraient une sérieuse inquiétude. Nul doute qu'on n'eût affaire à une hernie: mais il n'y avait jamais eu de gargouillement et il n'y en avait pas à cette heure, pas plus que de son tympanique; au lieu d'être molle comme l'épiplocèle, la tumeur était dure et tellement douloureuse que la malade frissonnait à l'approche seule de la main. Du reste elle nous dit que d'ordinaire la sensibilité de la tumeur était exquise et qu'elle s'ingéniait à empêcher le contact d'aucun corps avec cette tumeur qui, du moment qu'elle s'était montrée, avait bien augmenté de volume et présenté ensuite des alternatives d'augmentation et de diminution, mais n'avait jamais disparu et par conséquent avait été et était irréductible. Il lui était d'autant plus difficile de protéger cette tumeur contre les chocs extérieurs que n'ayant jamais consulté de médecin, elle n'avait jamais porté de bandage.

Toutes ces circonstances nous ayant fait penser à une hernie ovarique, nous dûmes compléter le diagnostic par l'examen des organes génitaux. Le toucher, associé à la palpation, suffit pour me faire constater, avec l'intégrité de l'hymen, l'élévation du col utérin et son inclinaison ainsi que celle de tout l'organe, dont l'angle supérieur droit se portait manifestement en avant et à droite vers l'anneau crural et était retenu dans ce point par l'ovaire qui me parut être l'élément principal de la tumeur, surtout lorsqu'en rapprochant le col du côté droit à l'aide de l'index, je faisais basculer l'utérus en éloignant la corne droite de la région crurale du même côté, ce qui exerçait nécessairement un tiraillement des organes contenus dans le sac herniaire.

L'indication était pressante, les symptômes inflammatoires bien accusés et l'on pouvait espérer qu'aucune anse intestinale n'étant comprise dans la tumeur, les symptômes d'étranglement céderaient à l'emploi suffisant des antiphlogistiques. En conséquence, 20 sangsues furent appliquées sur la tumeur. La menstruation qui venait de cesser avait été modérée et probablement arrêtée et raccourcie par la brusque invasion des accidents. Des cataplasmes émollients et sédatifs, de grands bains prolongés, des évacuants répétés (huile de ricin et magnésie) qui démontrent par leur effet largement purgatif l'absence d'étranglement intestinal, complétèrent l'heureux effet des sangsues. Des applications d'onguent napolitain belladoné (au 10°) sur toute la région sous-ombilicale, continuées pendant 15 jours et associées aux légers loxatifs et diurétiques pour effacer les vestiges et les conséquences de la péritonite, constituèrent la fin du traitement. La première époque menstruelle, qui vint à son moment régulier, ne présenta aucune particularité.

Je recommandai ensuite à la malade de prévenir le retour de nouveaux accidents inflammatoires, en évitant les efforts et les chocs sur la tumeur et je lui conseillai de porter constamment un brayer à pelotte crurale excavée de façon à protéger la hernie contre les chocs extérieurs, ce qui fut fait effectivement et ce dont Mlle D... se trouve très-bien.

On n'est pas toujours aussi favorisé; soit que la thérapeutique ait été tardive, soit qu'elle ait été mal appliquée, il arrive assez souvent que l'inflammation de superficielle devient pro-

fonde et nécessite l'intervention du bistouri. Au risque de courir le reproche de multiplier les exemples, on me permettra encore de relater le suivant.

OBS. X. — *Hernie inguinale externe de l'ovaire droit. Inflammation survenue à la suite d'un premier accouchement. Ponctions répétées de la tumeur. Guérison.*

Une femme de 25 ans, venue au monde avec une hernie inguinale droite réductible, la contint par un bandage inguinal à partir de la sixième ou de la septième année. Le bandage ayant été supprimé à l'âge de douze ans, la tumeur sortit, augmenta de volume et devint fréquemment douloureuse.

La menstruation s'établit à la dix-neuvième année; l'hémorrhagie durait deux jours et coïncidait avec l'accroissement en volume et en sensibilité de la tumeur.

En 1868, pendant le cours d'une première grossesse, la tumeur sortit plus rarement; elle devint en même temps plus petite et resta exempte de douleurs. L'accouchement fut normal, mais six jours après l'accouchée s'étant levée, la tumeur inguinale reparut, acquit le volume d'un œuf, et devenant irréductible, provoqua de violentes douleurs.

A son entrée à l'hôpital de Vienne, la tumeur douloureuse, pyriforme, s'étendait de l'orifice interne du canal inguinal à la grande lèvre correspondante ; elle se prolongeait dans la cavité abdominale par son pédicule et n'était susceptible ni de réduction ni de rapetissement. A la percussion elle donnait un son mat et était le siége d'une fluctuation incontestable. L'utérus, par son corps, était incliné vers le côté de la tumeur alors que sa portion vaginale était déjetée à gauche. Concurremment la partie droite du bassin était sensible. Il n'existait pas de vomissement, mais il y avait de la constipation.

Le 28 mai 1869 et le 2 juin, la tumeur fut ponctionnée. A la suite de la première, il s'écoula un peu de sang; à la suite de la seconde une médiocre quantité de pus mêlé à du sang, ainsi que le démontra le microscope. La fièvre, pendant ce temps, fut toujours modérée.

Au 11 juin, la tumeur rapetissée de moitié mesurait seulement deux pouces de longueur au lieu de quatre qu'elle avait au début. A la suite, elle resta indolore et n'acquit de la sensibilité qu'à la venue des règles (Englisch, *loc. cit.*, 2 obs.).

Balling a été moins heureux chez sa malade; si elle finit par guérir à la suite de la sortie du pus au dehors, la durée et l'étendue de la suppuration amenèrent la destruction complète de l'organe.

D'autres fois, au lieu de se localiser sur l'ovaire, l'inflammation porte sur la séreuse et simule un véritable étranglement. Le taxis est naturellement indiqué, mais quelque prolongé qu'il puisse être il a rarement abouti. Pourtant C.-J. Nott a de cette manière obtenu chez une dame de 60 ans la cessation des symptômes de l'étranglement. Il en a été de même une première fois dans le cas suivant, mais plus tard le retour des accidents nécessita le débridement de l'anneau inguinal.

Obs. XI. — *Hernie ancienne de l'ovaire gauche; premier étranglement suivi de réduction par le taxis, plus tard retour de l'étranglement; insuccès du taxis, nécessité de débrider. Guérison.*

Le 7 août 1876, je fus appelé auprès de Mme P.... âgée de 37 ans, n'ayant jamais eu d'enfants et atteinte depuis longtemps d'une hernie inguinale oblique du côté gauche. Cette hernie s'est étranglée il y a plusieurs années et ne put alors être réduite qu'avec des efforts considérables de taxis. Le chirurgien ordonna ensuite l'usage d'un bandage bien ajusté et conseilla de demander immédiatement les secours de l'art au cas que l'étranglement se reproduirait.

A mon arrivée. la hernie jusque-là réductible était descendue et avait résisté aux efforts les plus persévérants de la malade. Les choses étaient dans cet état depuis quatre jours; il y avait eu d'abord de la douleur, puis des nausées et des vomissements avec un sentiment de défaillance, et l'on m'expliqua que si la malade ne m'avait pas envoyé chercher plus tôt c'était par une idée de pudeur exagérée. *Elle avait ses règles alors* et répugnait à se laisser examiner pendant la menstruation. Garde-robes deux jours avant ma visite; langue sale, peau moite; pouls faible à 120; nausées plus ou moins constantes; *sentiment de défaillance et de prostration* qui, d'après la description qu'en donne la malade *pourrait*, je crois, *être comparé à celui que produit une forte compression du testicule.*

La tumeur herniaire, volumineuse, semblait être divisée en deux parties par un sillon; la peau était à son niveau assez enflammée et

sensible au toucher. Le palper faisait éprouver aux doigts une sensation très-particulière, surtout dans la portion inférieure de la tumeur; aussi je compris qu'il y avait quelque chose d'insolite sans toutefois me rendre compte du caractère réel de la hernie. Mon ami le Dr Marsh, appelé en consultation, me parut aussi embarrassé que moi, tout en émettant la possibilité de la participation de l'ovaire à la masse herniée. Le taxis ayant échoué, vu la situation critique de la malade, il fut procédé à l'opération.

Après être arrivé sur le sac, je l'ouvris avec précaution. Il sortit environ quatre onces d'un liquide jaune brunâtre, mais je fus surpris de ne trouver ni intestin, ni épiploon. L'ovaire gauche occupait seul la pointe inférieure du sac et était étranglé par une solide bande fibreuse qui, s'étendant d'une paroi à l'autre du sac, serrait l'ovaire au niveau de son tiers supérieur. La section de la bride constrictive dégagea cet organe qui, quoique fortement congestionné, paraissait avoir conservé sa vitalité; aussi, après avoir pris l'avis des docteurs Marsh et Rogers, je le repoussai dans la cavité abdominale. Ensuite nous procédâmes au pansement ordinaire.

La convalescence fut entravée par une péritonite assez intense; cependant au bout de trois semaines la malade put se lever et marcher. La hernie se reproduisit et nécessita l'application d'un bandage. Tout alla bien ensuite (F.-G. Balleray, *The american journal of medical science*, octobre 1877).

C'est là un nouvel exemple de hernie accidentelle et c'est en même temps un exemple de la conduite à adopter en pareille occasion. Toutes les fois que le taxis a échoué il faut, sans tarder davantage, recourir au débridement, car faute de se conformer à cette règle, un dénoûment fatal est grandement à redouter. L'inflammation peut en effet se propager au péritoine et par son extension amener la mort. Sans doute le débridement suivi de la réduction de l'organe n'a pas toujours été accompagné d'un résultat heureux, mais la possibilité de ce mécompte ne saurait être un motif suffisant pour faire rejeter cette pratique. Rizzoli a, il est vrai, perdu son opérée, mais l'état dans lequel se trouvait l'intestin doit être incriminé. Enfin si l'utérus était avec l'ovaire contenu dans le sac herniaire, on

devrait ouvrir le sac, inciser l'anneau et réduire semblablement les organes prolabés.

Obs. XII. — *Hystéro-ovariocèle inguinale droite. Opération radicale. Guérison.*

J. M..., âgée de 39 ans, a eu cinq accouchements pénibles. Il y a 7 ans, à la suite de sa seconde couche, elle remarque à l'aine droite une hernie du volume d'un œuf de poule qui, dans les grossesses et couches suivantes, se développa rapidement tout en restant irréductible et étant mal contenu par un mauvais brayer. Au 19 septembre 1877 elle accoucha pour la cinquième fois. L'enfant se présentait par l'épaule; le travail fut long et nécessita des manœuvres grossières de la sage-femme ; nonobstant huit jours après l'accouchée se trouva relativement bien, lorsqu'en tordant avec force un drap de lit, elle eut la sensation d'un corps qui soulevait le brayer en même temps qu'elle éprouvait de fortes douleurs de reins et perdait connaissance. Dès ce moment la hernie fut irréductible et il resta à l'aine un corps résistant qui, par les douleurs qu'il causait, rendait impossible l'application du bandage.

A son entrée, le 16 décembre 1877, à la clinique de Cracovie, la tumeur longue de 28 cent. et large de 20 occupait la région inguinale droite et la plus grande partie de la grande lèvre. A la percussion elle donne en bas un son tympanique et en haut un son mat; enfin, au palper on reconnaît aisément le corps de l'utérus qui, abaissé en bas, montre en avant sa face postérieure. Sur les côtés sont les trompes et les ovaires facilement appréciables et sensibles à la pression. Le vagin et la portion vaginale sont pareillement déviés à droite, et en suivant le col le doigt arrive jusqu'à l'anneau inguinal interne.

Le taxis n'aboutit pas quoiqu'on eût employé le chloroforme et associé aux manœuvres extérieures des tractions sur la portion vaginale.

Les professeurs Madurowics et Bryk se décidèrent à une opération radicale d'après les considérations suivantes : 1° la hernie ne peut supporter le brayer tant elle est sensible à la pression ; 2° vu la facilité de l'individu à concevoir, une grossesse peut survenir et avoir les conséquences les plus fâcheuses ; 3° la patiente veut « coûte que coûte » être débarrassée de cette souffrance intolérable. L'opération fut faite le 12 février 1878 d'après les règles de Lister.

Le sac ne contenait pas d'intestin, mais l'utérus et ses annexes. Le ligament large droit adhérent à l'anneau et une hydatide du volume d'une noix existait sur l'ovaire. Bryk détruisit l'adhérence, extirpa l'hydatide et réduisit avec facilité l'utérus. Enfin, comme le sac mesurait 25 cent., il fut enlevé en totalité. Quant à l'anneau inguinal, il fut suturé.

Les suites de l'opération furent entravées par une péri-métrite ; il y eut un exsudat qui se résorba et la malade sortit le 13 avril suivant complétement guérie (Bylicki. *Przcylad lekarski*, 1878, nº 27, et *Centralblatt f. Gynakologie* 1878 p. 611.)

D'autres opérateurs, au lieu de débrider l'anneau et de réduire l'ovaire, n'ont pas hésité à en faire l'excision. Ce parti adopté à la légère, il y a cent ans passés, a malgré son origine rencontré plus de faveur qu'il n'en méritait. C'est ce qui ressort du tableau suivant qui relève tous les cas de ce genre, en même temps qu'il fait connaître les motifs de cette détermination. J'ai disposé le nom des observateurs par ordre chronologique et signalé tout à la fois l'état de l'ovaire.

Stocks (*Brit. med. Journal*, 1872, t. 1, p. 584) a extirpé avec succès un ovaire kystique qui se trouvait prolabé dans une chute du rectum, mais ce cas n'est pas de nature à figurer dans ce tableau. En somme, sur 17 extirpations on compte 11 guérisons seulement. Quoique les progrès réalisés dans le manuel opératoire permettent d'espérer de meilleurs résultats pour l'avenir, nous ne saurions d'une manière générale recommander cette opération. On comprend à la rigueur qu'Esmarch ait enlevé les ovaires d'une femme pour laquelle ils étaient un présent superflu (obs. 11), mais on ne saurait avoir la même indulgence pour celui qui de propos délibéré imiterait Percival Pott. Créer des eunuques sans absolue nécessité est un acte blâmable au premier chef; il a pu être excusé dans certains cas, mais il ne saurait dans aucun rencontrer l'approbation du médecin vraiment digne de ce nom. Bref, c'est une véritable aberration contre laquelle on ne saurait trop protester.

NOMS.	Siége de la hernie.	État de l'ovaire.	RÉSULTAT de l'opération.
Percival Pott. *Œuvres chirurgicales*, t. I, p. 492.	Inguinale double.	Sain.	Guérison.
Lassus. *Pathol. chir.*, t. II, p. 98.	Inguinale simple.	Sain.	Guérison.
Deneux. *De la hernie des ovaires*, p. 43.	Crurale simple.	Kyste volumineux.	Guérison.
Guersant. *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 241.	Inguinale gauche.	Sain.	Mort.
Parker. *Gaz. hebd.*, 1855, p. 358.	Crurale simple.	Sain.	Guérison.
Guersant. *Englisch. Loc. cit.*, n° 24.	Inguinale simple.	Kyste.	Mort.
Bruny. *Journ. de la Soc. de méd. de St-Étienne*, 1857.	Inguinale gauche.	Enflammé.	Guérison.
Mason Warren. *Am. Jour of med. sc.*, 1859, p. 123.	Inguinale droite.	Cancer.	Mort.
Méadows. *Trans. of the obst. Soc. London*, t. III, p. 438.	Inguinale droite.	Kyste.	Guérison.
Cusco. *Gaz. des hôp.*, 1863, p. 494.	Inguinale gauche.	Sain.	Mort.
Holmes Coote. *The Lancet*, 23 janvier 1864.	Inguinale gauche.	Sain.	Mort.
Englisch. Loc. cit., n° 23.	Inguinale gauche.	Kyste.	Mort.
Mac Cluer. *Amer. Journ. of obst.*, t. VI, p. 613.	Crurale gauche.	Kyste.	Guérison.
Weinlechner. *Wiener med. Wochenschrift*, 1876, n° 16.	Inguinale simple.	Hémorrhagie.	Guérison.
Sonnenburg. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 26 juillet 1878.	Crurale droite.	Kyste.	Guérison.
Werth. Obs. II.	Double.	Sain.	Guérison.
Rheinstaedter. Obs. XIII.	Inguinale droite.	Angiosarcome.	Guérison.

Est-ce à dire que l'extirpation de l'ovaire hernié doive être proscrite d'une façon absolue, évidemment non, mais elle doit être réservée aux cas qui la réclament impérieusement. Il ne suffit pas que l'organe soit altéré, il faut encore que la lésion par sa nature ou son développement échappe aux ressources de l'art. Les lésions amenées par la congestion hémorrhagique (apoplexie) et la phlegmasie ne sauraient en justifier l'emploi, non plus que les kystes alors qu'ils offrent un médiocre volume. Quand cette dernière complication existe avant de réduire l'organe, on peut exciser le kyste comme l'ont fait avec succès Bryk (obs. XII) et E. Owen (*British med. Journal*, 13 décembre 1873), ou bien s'il n'existe pas de symptômes d'étranglement faire suivre la ponction de la tumeur d'une injection iodée. C'est du moins ce qu'a fait avec un plein succès Casati (*L'Ippocratico giornale di medec. e chirur.*, juin 1862) dans un cas où le kyste égalait presque une tête de fœtus à terme.

Enfin lorsque l'extirpation est indiquée par le volume de la tumeur ou la nature de la lésion, après avoir ouvert le sac d'après les règles ordinaires, on extirpera l'ovaire après avoir placé une ligature fortement serrée autour des vaisseaux et de la trompe. Comme on le fait lorsqu'on lie en masse l'épiploon, la ligature devra être maintenue au niveau du collet du sac herniaire, et au cas où le sac serait trop étendu on pourrait l'extirper en grande partie à l'imitation de quelques opérateurs. Enfin on réunira la plaie avec des fils de catgut phéniqués et on se conformera pendant et après l'opération aux règles posées par Lister.

OBS. XIII. — *Angiosarcome de l'ovaire ayant le volume de la tête d'un enfant contenu dans le sac d'une hernie inguinale droite. Absence de l'utérus avec vagin extrêmement spacieux. Extirpation. Guérison.*

La cuisinière d'un pasteur, âgée de 68 ans, avait dans le voisinage du clitoris, une tumeur ovale allongée avec un appendice arrondi que la possibilité de la réduction et sa consistance firent considérer comme une hernie inguinale droite. Quant à la tumeur ovale elle est plus volumineuse que la tête d'un enfant; elle est rebondie, élastique,

fluctuante en apparence et semble dépendre du clitoris, cependant elle n'a point l'aspect des tumeurs éléphantiasiques qui se développent en cette région et la peau qui la recouvre n'est point crevassée, fendillée et est facile à déplacer.

Le vagin forme un sac anormalement dilaté de la longueur ordinaire, sans portion vaginale et à fond limité par une ligne blanche transversale. L'examen bi-manuel et rectal ne peut faire trouver ni utérus, ni ovaire non plus que les plis caractéristiques du développement rudimentaire des cordons de Muller.

Le bassin et l'habitus sont féminins, les mamelles incomplétement développées ; jamais de règles. A raison de sa stupidité, elle ne peut nous dire à quelle époque a apparu sa tumeur, quand elle s'est gonflée, s'il y a eu des gonflements périodiques ou non. Elle nie le coït et la masturbation, mais elle avoue avoir, au temps de sa jeunesse, éprouvé « des convoitises » pour les beaux hommes.

Les symptômes présentement accusés, consistant en gêne de la marche, douleurs par suite de traction amenées par la tumeur, flatulence et contipation, remontent à une série d'années et ont coïncidé avec le grossissement de la tumeur. En s'appuyant sur sa forme, on émit la vraisemblance d'une tumeur ovarienne.

Après avoir incisé la peau dans toute la longueur de la tumeur, on disséqua, couche par couche, les fascia et le sac herniaire, et on mit à nu l'enveloppe fibreuse de la tumeur qui se laissa facilement extraire de son lit. Il ne fut pas possible de reconnaître sur la tumeur et son large pédicule un tissu analogue aux appendices de l'utérus (trompe, franges, ligament rond). Les anses intestinales adhérentes au sac et au pédicule furent détachées avec le doigt, et après avoir lié le pédidicule en deux endroits avec le catgut, on le sectionna d'un coup de ciseau et enleva la tumeur avec une partie du sac. Celui-ci était extraordinairement épaissi et converti en un tissu fibreux et résistant au voisinage du canal inguinal. Quant aux anses de l'intestin elles furent rentrées avec facilité dans la cavité abdominale. On plaça un drain, une ligature antiseptique et dans le traitement ultérieur comme dans l'opération on se conforma aux recommandations de Lister.

La tumeur extirpée pesait 750 grammes : examinée au microscope, elle offrait tous les caractères de l'angiosarcome.

Au bout de vingt jours, et sans fièvre notable, la plaie fut cicatrisée et la peau se retracta. Un bandage herniaire fut appliqué et la

malade se trouva complètement débarrassée de ses souffrances. (Rheinstadter. *Centralblatt f. Gynak* 1878, 9 novembre).

Il est à peine besoin de l'ajouter, l'opération était ici parfaitement indiquée. On a seulement lieu de regretter que cette observation si intéressante à tant de titres passe sous silence l'état de l'aine gauche. L'ovaire s'y trouvait-il comme c'est la règle dans les cas d'*utérus embryonnaire* ou d'absence de l'utérus? c'est un point sur lequel faute d'examen du sujet il est impossible de se prononcer.

CONCLUSIONS

1° L'ovaire peut sortir par toutes les ouvertures naturelles de l'abdomen et de préférence par les anneaux crural et inguinal.

2° La hernie inguinale qui est la plus fréquente est tantôt congéniale et tantôt accidentelle. La hernie congéniale ou *ectopie* qui se produit par un mécanisme analogue à la descente du testicule est la plus communément observée. Sur les 88 cas de hernie que j'ai relevés, (1) 54 étaient incontestablement congéniales, 17 douteuses et 17 réellement accidentelles.

3° La hernie inguinale congéniale ou *ectopie* a été unilatérale 27 fois et 27 fois bilatérale ou double. Quand elle est unilatérale elle siége de préférence à gauche. Enfin quand elle est double elle est souvent compliquée de vices de conformation des organes génitaux qui sont par ordre de fréquence : l'absence apparente ou réelle de l'utérus, l'hermaphrodisme, l'utérus unicorne ou bicorne.

---

(1) Les différences existant entre ces chiffres et ceux donnés dans le numéro de novembre, tiennent à l'adjonction des faits recueillis dans la presse étrangère.

4° La hernie crurale a été observée 16 fois; abstraction du cas de Beigel ou elle était double, elle siégeait 11 fois à droite et 4 fois à gauche. Sauf un cas elle était accidentelle.

5° La trompe se trouve toujours avec l'ovaire dans les hernies congéniales et exceptionnellement dans les hernies accidentelles.

6° La présence de l'utérus ou d'une de ses cornes a été constatée dix fois dans les hernies inguinales et trois fois dans les hernies crurales.

7° Le caractère particulier de la sensibilité de la tumeur, l'augmentation qu'elle subit lors de la menstruation, le déplacement concomitant de l'utérus, et surtout la transmission à la tumeur des mouvements en sens inverse imprimés au col sont les signes à l'aide desquels on arrivera au diagnostic.

8° Le traitement varie suivant l'état de l'ovaire.

9° L'organe est-il sain, on appliquera un brayer inguinal ou crural suivant la variété, à pelote ordinaire s'il est réductible, à pelote excavée s'il est irréductible.

10° L'organe est-il enflammé, antiphlogistiques et même ponction s'il y a du pus. Est-il étranglé, taxis et en cas d'échec, opération et réduction ; enfin est-il profondément altéré, excision.

11° L'extirpation pratiquée dans 17 cas a donné 6 morts.

A QUEL MOMENT

DOIT-ON LIER LE CORDON OMBILICAL?

Réponse à M. Ribemont (1).

Par M. Ch. Porak
Chef de clinique-adjoint d'accouchements de la Faculté de Paris.

Nous nous sommes déjà occupé de cette question dans un travail que nous avons fait paraître dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (2) qui a été reproduit in-extenso dans les *Annales de la gynécologie* (3). Notre mémoire a provoqué de la part de M. Ribémont une critique à laquelle nous avons le vif regret d'avoir à répondre.

M. Ribémont nous fait deux sortes d'objections : des objections de forme et des objections de fond.

Nous ne nous occuperons pas des objections de forme. Relever des mots plus ou moins appropriés, rapprocher des phrases en supprimant les transitions, les idées qui les préparent ou qui les modifient, constituent un procédé qui peut être habile, mais qui n'est assurément pas scientifique. Il nous serait d'ailleurs facile de montrer à M. Ribémont qu'il n'est pas à l'abri d'objections de ce genre. — Nous ne le suivrons certainement pas dans cette voie.

Nous nous bornerons donc à discuter les objections de fond. Nous espérons d'ailleurs ne jamais nous départir de cette règle : maintenir les idées que nous avons émises tant que nous les croyons justes, déclarer hautement que nous les abandonnons aussitôt que quelques arguments sérieux seront venus les infirmer.

(1) *Annales de Gynécologie*, février 1879.

(2) *Revue mensuel e*, mai, juin, août 1878.

(3) *Annales de Gynécologie*, septembre, octobre, novembre 1878.

Nous entrons immédiatement dans la discussion des points en litige. Dans le chapitre II (1) de notre mémoire, intitulé : Du moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical, nous avons abordé successivement les questions suivantes :

1° Quelle est l'augmentation de la quantité de sang chez le nouveau-né à la suite de la ligature pratiquée 2 minutes après la cessation des battements du cordon?

2° Quel est le mécanisme de la pénétration du sang dans le corps du nouveau-né à la suite de la ligature tardive?

3° Quelle est l'importance d'une plus ou moins grande quantité de sang, introduite dans le corps de l'enfant?

4° Quel est l'état de santé des enfants suivant le mode de ligature employé?

5° A quel moment doit-on faire la ligature du cordon ombilical?

Nous allons passer en revue les différentes objections qui nous sont adressées par M. Ribémont à propos de ces différents points :

1° *Quelle est l'augmentation de la quantité de sang chez le nouveau-né, à la suite de la ligature 2 minutes après la cessation des battements du cordon?*

M. Budin a indiqué, dans un mémoire fort bien fait, l'augmentation de la quantité de sang chez le nouveau-né à la suite de la ligature deux minutes après la cessation des battements ombilicaux. D'après les calculs de M. Budin, fondés sur un nombre considérable d'observations, le bénéfice obtenu ainsi par le nouveau-né serait de 92 gr. 6 de sang.

Nous avons fait aussi quelques expériences à ce sujet; mais elles sont peu nombreuses, car nous avons comparé six enfants auxquels on avait fait la ligature tardive à sept enfants auxquels on avait fait la ligature immédiate.

Si M. Ribémont a la curiosité de connaître ces résultats, il

(1) *Revue mensuelle*, p. 438, juin 1878.

peut aller les consulter dans le mémoire que nous avons déposé à l'Assistance publique en août 1877, à propos du concours des internes de la 2e division. Nous répétons à cette occasion : « Nos expériences sont loin d'être aussi nombreuses que celles de M. Budin, et on doit considérer comme se rapprochant le plus de la vérité les moyennes que ce dernier auteur a indiquées. » Pourquoi donc M. Ribémont, qui nous reproche si amèrement de ne pas donner nos résultats, n'a-t-il fait aucune recherche personnelle sur ce sujet?

M. Schücking contrôla à l'aide de la balance les résultats de M. Budin, en étudiant l'augmentation du poids d'un enfant auquel on pratique la ligature tardive.

Il arriva à enregistrer la première pesée immédiatement après la naissance, puis une autre 15 à 20 secondes après la première. Une pareille rapidité dans les pesées ne nous paraît possible qu'avec une balance romaine. Si M. Ribémont avait réfléchi qu'il n'est pas impossible qu'une balance romaine n'ait qu'une seule oscillation, il se serait dispensé de nous accuser de vouloir brouiller M. Schücking avec les lois les plus élémentaires de la physique.

D'ailleurs, nous ne contestons en aucune façon les recherches de M. Schücking, que nous avons largement mises à contribution.

Cette objection n'a donc pas d'importance, quelque large que soit la place que lui a accordée M. Ribémont.

Nous n'élevons, en effet, aucun doute sur réalité des conclusions du travail de M. Budin. Ces conclusions sont bien acquises à la science et en dehors de toute discussion.

2° Quel est le mécanisme de la pénétration du sang dans le corps du nouveau-né, à la suite de la ligature tardive?

Le nouveau-né gagne donc par le fait de la ligature pratiquée 2 minutes après la cessation des battements artériels 92 gr. 6 de sang en moyenne.

Comment gagne-t-il ce sang?

Nous avons soutenu que la cause de la progression du sang à

travers le cordon était l'action *prépondérante* de l'utérus, rétraction ou contraction, disons pression utérine pour éviter toute digression. M. Ribémont ne trouvera pas d'autre opinion exprimée dans notre mémoire. Au début la pression utérine jouissait donc, dans notre pensée, d'une action *prépondérante*. Nous n'avons jamais nié qu'à ce moment même le phénomène ne fût complexe, très-complexe.

Nous avons admis que la pression utérine produit plus tard un effet utile moins évident que les causes tout d'abord accessoires : aspiration thoracique, élasticité et contractilité de la veine ombilicale acquièrent une importance plus considérable.

Pour rendre avec plus de netteté notre pensée, qu'on nous permette de comparer le placenta à une éponge.

Lorsqu'on exprime une éponge imbibée de liquide, il suffit d'une pression très-faible pour le faire jaillir de toutes parts, puis lorsqu'il n'y reste plus qu'une faible quantité de ce liquide, la pression la plus énergique est insuffisante pour l'expulser en totalité.

Même phénomène pour le placenta. L'utilité de la pression utérine devient d'autant moins grande que le placenta contient moins de sang. L'aspiration thoracique, l'élasticité de la veine ombilicale ne variant pas sensiblement dans leur action, il en résulte que leur influence tout d'abord accessoire devient prépondérante par la suite, au moins sur le sang contenu dans le vaisseau, et sur lequel la pression utérine n'a pas d'action.

Tout autre est l'opinion de M. Ribémont. Pour lui, « la pénétration du sang des vaisseaux fœto-placentaires se fait sous l'influence de l'appel produit par la dilatation du thorax. Il ne croit pas cependant devoir refuser une force adjuvante à l'action de l'utérus. »

Nous allons chercher à démontrer que la pression utérine est prépondérante et que l'aspiration thoracique jouit d'une action accessoire.

La pression utérine est prépondérante pour les raisons suivantes :

1° Lorsqu'on sectionne immédiatement le cordon ombilical, le sang jaillit en jets par les trois vaisseaux du bout maternel du cordon ombilical

2° La tension sanguine calculée à l'aide du manomètre dans la veine ombilicale est de 40 à 45 millimètres de hauteur de la colonne mercurielle (Schücking).

Cette tension suffit à repousser avec force le sang de la veine ombilicale dans le corps de l'enfant. M. Ribémont nous objecte à ce propos que la tension calculée dans la veine ombilicale ne résulte pas forcément de la rétraction utérine. Il n'est pas moins vrai que cette tension est assez puissante pour faire pénétrer de vive force le sang dans le corps de l'enfant où peu de résistance s'oppose à son entrée. M. Ribémont n'a certainement pas oublié que la tension du sang dans les grosses veines est presque nulle.

3° L'enfant auquel on fait une ligature tardive rougit.

Donc le sang qui pénètre dans son corps ne se loge pas seulement dans le poumon, mais dans tous les capillaires distendus.

4° Lorsqu'on repousse le sang contenu dans la veine ombilicale vers le corps de l'enfant par la pression du doigt, il est immédiatement remplacé dans le bout placentaire par une nouvelle ondée qui rend à la veine sa dureté et sa résistance antérieures.

Cette expérience démontre l'action prépondérante de l'utérus.

5° En examinant ce qui se passe du côté du cordon lorsqu'on tarde à faire la ligature, on le voit s'affaisser ordinairement en deux temps, la partie artérielle s'aplatit la première, la partie veineuse la seconde. Celle-ci même dans certains cas ne s'affaisse pas du tout.

M. Ribémont, qui n'a le droit que de parler en son nom propre, dit n'avoir jamais observé ce phénomène. Nous affirmons l'avoir observé et nous en appelons à des observateurs impartiaux.

Ce fait a une importance, car il démontre que la pression uté-

rine continue à faire progresser le sang à travers le cordon lorsque celui-ci ne reflue plus à travers les artères ombilicales.

C'est ce qui nous a fait considérer les artères ombilicales comme une soupape de sûreté contre les excès de tension, pouvant résulter d'un afflux exagéré de sang, opinion d'ailleurs discutable, mais que M. Ribémont n'a pas abordée.

6° Lorsque comprimant le cordon immédiatement après la naissance on extrait rapidement le placenta par expression utérine, le sang acquis par l'enfant ne dépasserait pas 32 grammes (Schücking).

L'élasticité et la contractilité de la veine ombilicale, l'aspiration thoracique ne suffiraient donc qu'à attirer le 1/3 de la quantité moyenne du sang contenu dans le placenta.

Nous disons maintenant que l'aspiration thoracique ne joue qu'un rôle accessoire dans le mécanisme de la progression du sang à travers le cordon, parce que :

1° La veine ombilicale subit l'aspiration thoracique au même titre que les veines qui aboutissent au thorax. Or la branche de la veine ombilicale qui y aboutit, le canal veineux, a un calibre bien inférieur à celui de ces veines réunies.

2° Lorsqu'on comprime la veine ombilicale à quelque distance de l'ombilic, le sang contenu dans le bout fœtal du cordon n'est pas aspiré d'une façon appréciable.

M. Ribémont était en mesure de faire ces expériences à la portée de tout observateur, c'était une lacune facile à combler.

Pourquoi au lieu de le faire, nous reproche-t-il de ne pas avoir reproduit les expériences de M. Schücking que nous ne pouvions pas reprendre ?

En conséquence, le sang placentaire pénètre dans le corps de l'enfant de vive force. La tension dans le système vasculaire de celui-ci en est augmentée.

M. Ribémont ne trouve à nous objecter que les deux faits suivants :

1° Lorsqu'on refoule le sang contenu dans la veine ombilicale vers le fœtus il ne reflue pas ; ce qui devrait arriver si la tension était augmentée.

Ce fait, je l'ai souvent observé et voici comment on peut l'expliquer.

Quelle que soit la tension dans le système artériel, elle n'agit qu'en augmentant la contraction ventriculaire et à chaque diastole la tension tombe toujours à 0 dans le cœur.

La tension du sang dans le cœur est donc intermittente, et la tension dans le ventricule n'a aucun contre-coup sur la tension dans l'oreillette grâce à la fermeture des valvules auriculo-ventriculaires. Quelle que soit l'augmentation de tension dans le système artériel, la tension veineuse dans les gros vaisseaux sera toujours presque nulle.

2° Le sang, si la tension était considérable, jaillirait par les artères ombilicales, lorsqu'elles ont cessé de battre.

C'est encore un fait bien indiscutable que l'absence d'hémorrhagie immédiate par le cordon lorsque les artères ont cessé de battre. Ce fait est bien connu depuis que Rizzoli l'a indiqué en 1872 et depuis surtout que son mémoire a été traduit en français (1877).

Voici comment nous le comprenons.

Au moment des premières inspirations la tendance au vide se produit sur tous les vaisseaux, sur les artères comme sur les veines. Il y a donc une diminution intermittente et temporaine de la tension dans le système artériel; ce qui met en jeu la contractilité et la rétractilité croissante des fibres musculaires dont sont pourvues les artères ombilicales. Stravinsky a insisté dans ces derniers temps sur la puissance de ces fibres musculaires qui n'existent pas seulement dans la partie funiculaire des artères, mais encore dans leur partie abdominale jusqu'à l'hypogastrique. A chaque diminution temporaire de la tension sanguine, occasionnée par les inspirations thoraciques, ces fibres se rétractent, jusqu'au moment où elles oblitèrent complétement le calibre des artères ombilicales. La tension dans le système artériel du fœtus n'en est pas moins augmentée par un apport plus considérable de sang, mais elle est moins puissante que la résistance de ce riche développement des fibres musculaires

qui entrent dans la constitution des parois des artères ombilicales.

Nous maintenons donc notre manière de voir.

La plus grande quantité du sang contenu dans le placenta est surtout expulsée par le fait de la pression utérine. Puis lorsque la pression utérine est insuffisante à chasser le sang qui reste dans le placenta, celui qui est encore contenu dans la veine ombilicale pénètre dans le corps de l'enfant par le fait de la contractilité ou de l'élasticité de la veine ombilicale et peut-être de l'aspiration thoracique.

3° *Quelle est l'importance d'une plus ou moins grande quantité de sang, introduite dans le corps de l'enfant?*

L'évaluation de la masse totale de sang a été l'objet de recherches satisfaisantes. Elle a été fixée par Welker au 1/13 du poids du corps d'un animal adulte, au 1/19 du poids du corps d'un animal nouveau né.

D'après ce calcul, le sang d'un nouveau-né pesant 3,500 gr. serait donc de $\frac{3500}{19}$, c'est-à-dire de 180 à 190 gr. Nous n'attachons pas à ce chiffre une valeur rigoureusement exacte. Nous admettons volontiers qu'il y a des variétés individuelles difficiles à déterminer. Il ne peut nous servir que comme un point de comparaison.

Quand donc le nouveau-né acquiert-il cette quantité physiologique de la masse du sang qu'il doit posséder? Est-ce immédiatement après la naissance? Est-ce par une ligature pratiquée une minute, deux minutes après la naissance, deux minutes après la cessation des pulsations artérielles du cordon? Voilà le problème important à résoudre, et nous ne savons pas à quel moment l'enfant acquiert la quantité de sang qu'il doit avoir physiologiquement. Nous avons cherché à résoudre ce problème, M. Ribemont n'en tient pas compte.

Il est très-difficile, en effet, de l'aborder parce que la quantité de sang contenu dans le placenta est très-variable et n'est pas en rapport avec le poids du nouveau-né.

Nous nous bornerons à en rapporter deux exemples : Dans

l'observation 57 du tableau B de M. Budin, nous voyons 176 grammes de sang être retenu dans le placenta d'un enfant qui ne pèse que 2,750 gr. Dans l'observation 50 du même tableau, l'auteur n'a trouvé que 60 gr. dans le placenta d'un enfant pesant 3200 gr. Ainsi par la ligature tardive le premier enfant aurait bénéficié d'une quantité de sang équivalent à 1/15e du poids de son corps. Supposons que pour le premier enfant une partie de ce sang ait droit de domicile et que, dans un cas, au lieu de lui faire une ligature au moment utile on lui ait fait immédiatement une saignée de 40 à 60 gr., que dans un second cas on lui ait, en pratiquant la ligature tardive, injecté ces 176 gr. de sang, dans le premier cas il aurait pu avoir la moitié de son sang, dans le second presque le double. Dans le premier cas il aurait été dans la situation d'une personne ayant subi une hémorrhagie telle que cela n'a guère été observé chez l'adulte, dans le second cas il était dans la situation d'une auto-transfusion dépassant tout ce qu'on peut imaginer.

Si de pareilles oscillations peuvent exister sans déterminer dans l'état de l'enfant un contre-coup immédiat, frappant, ayant échappé à l'observation *séculaire* des hommes les plus perspicaces et les plus autorisés, que faut-il en conclure? C'est que les conditions physiologiques du sang chez le nouveau-né ne sont pas les mêmes que chez l'adulte.

Nous ne négligeons pas les travaux modernes, mais les expériences que nous avons entreprises nous permettent d'affirmer que le mode de ligature n'est qu'une des conditions très-accessoires du bon ou du mauvais état de santé du nouveau-né.

C'est pour cela que nous avons avancé que le sang était loin d'avoir chez le nouveau-né l'importance qu'il a chez l'adulte. Cette proposition n'est pas irrationnelle : 1° parce que le sang a des propriétés différentes chez le nouveau-né de celles qu'il a chez l'adulte; 2° parce que les glandes hématopoiétiques sont bien plus importantes chez le nouveau-né que chez l'adulte.

Donc, si par un mode quelconque de ligature il y a trop ou trop peu de sang, l'équilibre semble être rapidement rétabli par

une formation ou par une destruction plus énergique des globules.

Mais nous sommes très-loin de nier que le mode de ligature n'ait pas aucune influence sur la santé de l'enfant ; nous croyons seulement qu'on ne peut pas encore fixer le moment précis où il faut faire la ligature, qu'en la pratiquant deux minutes après la cessation de pulsations ombilicales on dépasse le moment physiologique. Nous appuyons ces données sur de très-nombreuses pesées qui ont été vivement critiquées par M. Ribémont.

Il nous reproche :

1° D'avoir classé parmi les ligatures immédiates les ligatures après une ou deux minutes, alors que ce dernier laps de temps suffit souvent à l'extinction des battements du cordon, et par conséquent permet à la majeure partie du sang du placenta de pénétrer dans le corps de l'enfant, ainsi que cela résulte également des expériences de Schücking.

En arrangeant nos observations suivant que la ligature était pratiquée immédiatement, une minute, deux minutes après la cessation des battements ombilicaux, nous avons essayé de fixer la limite que l'on ne devait pas dépasser.

Il résulte, contrairement à l'assertion de M. Ribémont, des expériences de Schücking, que le poids de l'enfant augmente encore après la cessation des pulsations ombilicales. Il n'est donc pas démontré que la majeure partie du sang soit refoulée dans le corps de l'enfant au moment de la suppression des battements de la tige funiculaire.

Ainsi :

Obs. I. — Cessation des battements 4 minutes après la naissance, le poids de l'enfant continue à augmenter pendant huit minutes.

Obs. II. — Cessation des battements deux minutes après la naissance, augmentation du poids de l'enfant pendant huit minutes.

Obs. III. — Cessation des battements trois minutes après la naissance, augmentation du poids pendant cinq minutes.

Obs. IV. — Cessation immédiate des battements. Augmentation du poids pendant sept minutes.

Obs. V. — Cessation des battements à la quatrième minute. Augmentation du poids pendant le même temps.

Est-ce que M. Ribémont serait capable de faire des contresens ?

2° De ne pas indiquer, ce qu'il serait très-important de savoir : si les battements du cordon avaient cessé et depuis combien de temps, au moment où il pratiquait la délivrance par expression utérine.

L'expression utérine a toujours été pratiquée tardivement; par conséquent tout le sang qui pouvait être exprimé de l'utérus était complétement exprimé. D'ailleurs nous avons nous-même indiqué que ces observations étaient trop peu nombreuses pour être concluantes.

3° De n'avoir tenu compte ni de l'âge ni de l'état de l'enfant, ni du genre d'allaitement, de telle sorte qu'à côté d'enfants nés avant terme, on voit figurer des enfants malades, soignés à la crèche, atteints de diarrhée, etc.

Il est absolument impossible de tenir compte des conditions nombreuses et complexes qui peuvent faire varier le développement du nouveau-né. C'est justement pour cela que nous n'avons pris que des enfants ne perdant pas de poids au delà de la perte initiale moyenne, habituellement admise par les auteurs. Outre les difficultés sérieuses qu'on éprouve pour fixer l'âge de la grossesse, nous ne pouvions pas éliminer des enfants, évidemment avant terme, mais qui avaient augmenté de poids en neuf jours.

Nous estimons que la définition exacte de l'enfant à terme et bien portant est assez difficile pour qu'on ait de la tendance en l'employant à se laisser aller à une idée préconçue. Il faut prendre un point de repère fixe qui, mettant l'expérimentateur à l'abri de ses entraînements, le préserve de toute critique impartiale.

C'est seulement pour ne pas manquer à cette règle que nous avons même tenu compte des enfants soignés à la crèche, non parce qu'ils étaient malades, parce qu'alors, perdant du poids,

ils n'auraient pas trouvé place dans notre statistique, mais parce que les mères ne pouvaient pas les allaiter pour des raisons multiples.

Nous avons hésité cependant à en tenir compte, car nous avons dans nos notes la preuve irrécusable que les enfants soignés par une nourrice gagnaient en moyenne beaucoup moins de poids que les enfants nourris par leur mère. Ce qui nous a décidé à les mentionner, c'est que les résultats qu'ils fournissent diminuent la moyenne des ligatures immédiates et rendent moins nettes les conclusions que nous voulions faire prévaloir.

Ainsi :

Pour la ligature immédiate, un enfant soigné à la crèche (obs. XXXV) perd 200 gr. vers le 9e jour.

Pour la ligature pratiquée deux minutes après l'accouchement, un enfant soigné à la crèche (obs. XXX) perd 190 gr. vers le 9e jour.

Pour la ligature pratiquée deux minutes après la cessation des battements des artères ombilicales un seul enfant soigné à la crèche est compté dans la moyenne du 9e jour, et il ne perd que 60 gr.

On voit donc qu'il n'y a que trois enfants sur 129 observations qui ont été soignés à la crèche.

Quant à la mention d'enfants malades, atteints de diarrhée, etc., signalés par M. Ribémont, elle est inexacte. Aucun des enfants malades n'a été compté dans la statistique. Nous signalons l'insinuation de l'etc. de M. Ribémont et nous le mettons au défi de l'expliquer.

4° De n'avoir pas tenu compte de l'état de la mère.

Nous n'avions pas à le faire, puisque nous ne comptions pas les enfants perdant plus que la perte initiale moyenne.

5° De s'appuyer sur des pesées faites tantôt par une sage-femme, tantôt par lui-même.

Nous avons fait toutes les pesées journalières nous-même et une grande partie des premières pesées. Nous avons pesé souvent les enfants immédiatement après Mlle Pépin, nous n'avons jamais constaté une seule erreur. Nous sommes donc

en droit de considérer les pesées faites par la sage-femme de la Maternité de Cochin comme absolument exactes.

6° De n'avoir pas fait de pesées journalières, mais d'y avoir procédé très-irrégulièrement, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur ses tableaux.

7° Et, par suite, d'avoir dû réunir en une seule moyenne finale les pesées correspondant au 8°, 9° et 10° jour.

Il est évident qu'il aurait mieux valu faire des pesées journalières Dans presque toutes nos observations nous avons la pesée du 9° jour ou celle du 8° et du 10° jour. Lorsque nous avons eu deux pesées, nous avons pris constamment la plus éloignée, c'est-à-dire celle du 10° jour. Si nous avons fait mention du 8° jour, c'est pour tenir compte des exeat, ces pesées sont rares dans notre statistique. Il était cependant nécessaire d'avoir des pesées à comparer avec les premières pour toutes les observations Nous avons d'ailleurs un moyen de réparer ce qu il y a de défectueux dans ces moyennes, en faisant des courbes journalières de pesées. Ce qui nous a paru le plus important c'est d'éviter les nombreuses causes d'erreur tenant à l'allaitement. Nous n'avons vu qu'un moyen, c'est de prendre un grand nombre d'observations. Ces explications tout en accordant à la critique de M. Ribémont une certaine valeur, lui enlèvent presque toute son importance.

Cette objection nous persuade au moins que M. Ribémont avait très-bien compris comment nous avions disposé nos résultats et comment nous avions compté nos moyennes.

Comment donc alors ne s'est-il pas mis dans les mêmes conditions que nous, à propos des observations de pesées des nouveau-nés après des hémorrhagies?

Dans l'intention flagrante de nous mettre en contradiction avec nous-même par n'importe quel procédé, il relève les pesées du jour de la sortie des enfants, c'est-à-dire tantôt le 6° jour, tantôt le 15° jour. Faisant un calcul dont nous lui laissons toute la responsabilité, il trouve que la moyenne des enfants ayant eu des hémorrhagies était de 4 gr. de bénéfice au 9° jour, tandis que nous avions dit que cette moyenne au 8°, 9° et 10° jour était de 70 gr. Nous conseillons à M. Ribémont, au

lieu de torturer ainsi et son imagination et les chiffres, de refaire son calcul en prenant parmi les pesées celles du jour le plus éloigné, du 8e, 9e ou 10e jour, il sera alors convaincu que le chiffre qu'il nous oppose est erroné.

La seule objection qu'on puisse élever à ce sujet est celle que nous avons prévue et admise, à savoir que nos observations sont trop peu nombreuses pour que les moyennes de pesées obtenues soient concluantes.

8° Enfin, d'avoir fixé arbitrairement à 200 gr. la perte que doit subir en huit, neuf ou dix jours un enfant sans pouvoir être considéré comme malade.

M. Ribémont ne donne aucune raison pour repousser cette manière de faire. Or, nous maintenons qu'on ne peut considérer comme bien portants des enfants qui continuent à perdre du poids après la perte initiale. Cette perte n'a lieu que les premiers jours, elle ne se continue pas au delà du 4e jour. Comme nous le disions, ce chiffre est pris d'une façon arbitraire parce que c'est une moyenne et que la perte initiale peut-être inférieure à 100 gr. et atteindre 400 gr. Qu'un enfant ait une perte initiale de 400 gr. et qu'il gagne moins de 200 gr. jusqu'au 9e jour, il est bien portant et, cependant, il perd plus de 200 gr. Voilà le côté faible de ce chiffre 200 gr. choisi comme moyenne. M. Ribémont ne l'a pas compris, et nous devons à l'honnêteté scientifique de le déclarer. Il se peut donc que dans nos statistiques quelques enfants bien portants n'aient pas été comptés. Si nous avions à reprendre notre travail, nous le reprendrions sur cette base et nous serions certains de n'avoir que des enfants bien portants.

En tenant compte de ces idées, on est à l'abri de toutes les causes d'erreurs et on n'a pas à entrer dans l'appréciation de causes complexes et multiples.

M. Ribémont nous reprochait de ne pas avoir fixé notre attention sur l'état des mères malades. Mais ce n'est là qu'une cause très-accessoire de l'allaitement insuffisant. Nous sommes convaincu que les enfants des filles mères se portent généralement moins bien que ceux des femmes mariées, par exemple. Une bonne mère qui a une gerçure du sein peut avoir un très-

beau nourrisson, une mauvaise mère atteinte de la même affection, aura un mauvais nourrisson. Enfin, est-il possible de juger d'une façon rigoureuse la quantité et la qualité du lait?

En nous basant sur les pesées pour reconnaître l'état de santé de l'enfant, nous nous appuyons sur la seule base sérieuse, mettant à l'abri des causes d'erreur.

M. Ribémont oppose aux pesées que nous avons faites celles qu'il a entreprises, nous allons, à notre tour, les discuter et voir si elles offrent des garanties suffisantes.

M. Ribémont donne le résultat des pesées « de 104 enfants dont 61 avaient eu une ligature immédiate et 43 une ligature tardive, » séries numériquement très-inégales. L'auteur ajoute:

« Ces deux catégories d'enfants à terme et bien portants ont été subdivisés en deux séries, suivant que leurs mères n'ont eu, pendant leurs suites de couches, aucun accident, ou que, au contraire, elles ont eu à souffrir de quelques affections : bronchites, gerçures, lymphangite du sein, eschare à la vulve, diarrhée, suffisantes pour ne plus considérer comme étant dans un état normal, mais assez peu sérieuses cependant pour ne pas les empêcher de nourrir leurs enfants exclusivement au sein. »

L'intérêt des pesées de ces enfants de mères malades est nul pour deux raisons :

1° Les maladies dont étaient atteintes les femmes en couches sont très-variables quant à leur importance ; elles ne sont pas comparables entre elles, enfin, n'étant pas spécifiées dans les tableaux, elles échappent à toute critique.

2° Les maladies légères dont sont atteintes les mères sont une cause accessoire de troubles de la sécrétion lactée. Et c'est l'allaitement et non pas le mode de ligature qui fait surtout varier le résultat des pesées chez le nouveau-né.

Il ne nous sera pas difficile de montrer combien il est difficile de fixer absolument la définition de ce qu'on appelle « un enfant à terme et bien portant. »

M. Ribémont dit, en effet, qu'il n'a pris que des enfants à terme. Il y a dans son tableau B, il est vrai que c'est celui des ligatures immédiates, quatre enfants pesant moins de 2,500 gr., dont un (obs. X) ne pèse que 2,220 gr., et un autre (obs. XIII)

2,095 gr. Il n'y a qu'un seul enfant dans le tableau D des ligatures tardives, pesant moins de 2,500 gr. Or le poids d'un enfant à terme étant en moyenne de 3,250 gr., on pourrait soutenir que ces enfants sont nés avant terme. M. Ribémont ajoute qu'il n'a pris que des enfants bien portants; nous nous bornons, pour toute réponse, à détailler ses tableaux des ligatures, les mères étant bien portantes.

Tableau B : ligatures immédiates.

Huit enfants gagnent du poids de 25 gr. à 315 gr. en neuf jours.

Quatre enfants regagnent la perte initiale de poids, oscillant entre 210 et 335 gr., de façon à ne plus perdre, au 9e jour, que de 30 gr. à 105 gr.

L'enfant (obs. XIV) perd du poids jusqu'au 6e jour, en regagne ensuite pour ne perdre que 275 gr. au 9e jour sur la diminution initiale de son poids.

Six enfants perdent du poids tous les jours de plus en plus. Ces faits méritent bien qu'on les signale.

Obs. V.	1re pesée	3,080 gr.	Perte	au 9e jour	530 gr.	
Obs. VII.	—	3,155 »	—	—	775 »	
Obs. XVI.	—	3,240 »	—	—	660 »	
Obs. XVII.	—	2,700 »	—	—	290 »	
Obs. XXI.	—	3,225 »	—	—	893 »	(?)
Obs. XXIII.	—	2,860 »	—	—	355 »	

Voilà ce que M. Ribémont appelle des enfants bien portants. Nous affirmons que ce sont des enfants mal portants et qu'il ne faut tenir compte dans l'évaluation des moyennes que des douze premiers enfants.

Si à propos de ces enfants M. Ribémont avait tenu compte de l'âge, de l'état de l'enfant, du genre d'allaitement, il aurait probablement vu qu'à côté d'enfants nés avant terme il y avait des enfants malades, soignés à la crèche, atteints de diarrhée, etc., etc., etc.

Tableau D : Ligature tardive ; mères bien portantes.

6 enfants seulement gagnent du poids de 25 gr. à 350.

7 enfants regagnent la perte initiale de leur poids oscillant entre 195 gr. et 330 de façon à ne plus perdre au 9e jour que de 20 gr. à 215.

1 seul enfant (obs. XIX) après sa perte initiale de 220 au 4e jour ne regagne pas nettement du poids et perd encore au 9e jour 225 gr.

Il est clair que dans le tableau des ligatures tardives M. Ribémont a fait un triage, a cédé à une idée préconçue. L'enfant de l'obs. XIX, n'est pas à proprement parler mal portant, puisqu'il ne perd pas au delà de sa perte initiale.

Reprenons donc les calculs de M. Ribémont en ne comptant pour les ligatures immédiates que les 12 enfants qui ne perdent pas au delà de la perte initiale.

Voici ce que nous obtenons.

Tableau B. Ligature immédiate.

Nos	Première pesée.	PESEES du 8e jour.	du 9e jour.	du 10e jour.
1	2960	3245	3260	3280
2	3650	3705	3710	
3	3405	3491	3500	
4	3525	3430	3420	3380
8	3695	4005	4010	
9	3510	3395	3400	3510
12	3970	4180	4250	4200
13	2095	2070	2250	
15	3210	3200	3235	3305
18	3760	3540		
19	2385	2380	2620	
20	2370	2270	2340	
Moy.	3176.2	3259.2	3272	3535

Tableau D. Ligature tardive.

Nos	Première pesée.	PESÉES du 8e jour.	du 9e jour.	du 10e jour.
1	2640	2915	2920	2920
4	2665	2430	2550	
5	3635	3375	3450	3430
7	2530	2830	2880	
8	3975	3960	4000	
9	3200	3120	3140	3210
10	3450	3295	3380	3400
12	3200	3185	3240	3340
13	2635	2740	2810	
14	2620	2600		
15	2535	2420	2445	2520
17	3080	3150	3225	3210
18	3040	2860	2930	3020
19	2865	2650	2640	2590
Moy.	3005	2966.4	3046.9	3071.1

Donc, on doit rectifier les résultats de M. Ribémont de la façon suivante :

Enfants du tableau B (ligature immédiate mères bien portantes).

Gagnent.	Au 8e jour :	83 gr.
	Au 9e —	96 —
	Au 10e —	358 —

Enfants du tableau D (ligature tardive, mères bien portantes)

Perdent au 8e jour :	38 gr.
gagnent au 9e —	42 —
— au 10e —	66 —

Nous pourrions encore relever quelques erreurs dans les additions de M. Ribémont. Faut-il en conclure qu'elles sont mal faites ou que les chiffres indiqués dans les tableaux sont inexacts? Peut-être les deux. Il y a d'ailleurs quelques erreurs d'impression manifestes. Nous ne saurions insister sur ce point de peu d'importance. Pour être médecin, on n'est pas né comptable.

Envisageons les résultats que nous venons d'indiquer.

Admettons même, pour un instant seulement, que nos pesées soient défectueuses. M. Ribémont n'ira pas pour les besoins de sa cause jusqu'à jeter cette même défaveur sur ses propres chiffres.

Or, lorsqu'on élimine de ses observations les enfants qui n'ont été pesés que pendant quelques jours et les enfants mal portants qui tous se trouvent sans doute par hasard dans le tableau des ligatures immédiates, on arrive à des résultats qui confirment nos conclusions. Nous croyons donc devoir les maintenir.

1° *Les enfants qui ont eu des hémorrhagies immédiatement après leur naissance peuvent très-bien se porter* (1).

2° *Les enfants qui gagnent le plus de poids sont ceux auxquels on a fait la ligature deux minutes après l'accouchement.*

3° *Les enfants auxquels on a fait la ligature du cordon deux minutes après la cessation des battements ombilicaux gagnent moins de poids que ceux auxquels on a fait une ligature immédiate.*

4° *Le sang est loin d'avoir chez le nouveau-né l'importance qu'il a chez l'adulte.*

Dès lors devons-nous craindre la saignée chez le nouveau-né en état d'aphyxie bleue? Les plus grandes autorités lui ont accordé à la suite d'une observation *séculaire* l'appui de leur expérience. Nous ne pouvons modifier cette pratique que lorsque

(1) Au sujet de notre obs. VI, des enfants qui ont eu des hémorrhagies, d'un nouveau-né ayant gagné 360 gr. en 9 jours, M. Ribémont nous demande quel a été le mode de ligature. Le cordon a été lié dans le cours de la première minute.

des observations l'auront infirmée. M. Budin a fait un tableau saisissant et très-réel des conséquences de la saignée du cordon, mais de la saignée exagérée et non de la saignée prudente et peu abondante que nous avons seulement soutenue.

Quant à l'influence de la congestion et de l'asphyxie dans ce qu'on a appelé l'asphyxie bleue des nouveau-nés, c'est un point de pathogénie difficile à élucider. Pourquoi M. Ribémont au-lieu de nous reprocher de ne pas avoir abordé cette question n'a-t-il pas cherché à la résoudre?

4° *Quel est l'état de santé des enfants suivant le mode de ligature employé.*

Nous avons observé dans quelques circonstances, d'ailleurs rares, chez les nouveau-nés auxquels on avait fait une ligature tardive une teinte livide de la peau, de l'anxiété respiratoire évidente. Une fois le danger fut si frappant que M. Polaillon nous engagea à faire la ligature.

Voici cette observation :

Tournon (Louise), 31 ans, tripare, dernières règles 12 février 1877, bassin normal, premières douleurs 9 novembre 1877, à dix heures du soir présentation du sommet en O.I.G.A. Accouchement le 10 novembre 1877, à onze heures et demie, deux minutes après, cessation des battements ombilicaux. La partie artérielle du cordon est alors seule affaissée, la veine est très-gonflée et très-dure. Cette rénitence et cette tension de la veine nous engagent à ne pas faire la ligature deux minutes après la cessation des battements artériels. L'enfant, qui avait crié facilement en venant au monde, rougit beaucoup et l'écume n'apparaît dans sa bouche que vers la troisième minute. La veine ne s'affaisse pas et on ne fait la ligature que cinq minutes après la naissance, trois minutes après la cessation des battements artériels. On ne retire pas les mucosités qui embarrassaient la bouche de l'enfant qui respire normalement au bout de quelques minutes.

Poids au moment de la naissance...	3390
11 novembre, le lendemain........	3300
Le 13..........................	3270

Très-légère suffusion jaunâtre de la face seulement, l'enfant est rouge.

Le 14. Ictère s'étend au tronc...... 3310

Le 16. Erythème de l'ombilic...... 3380

L'ictère est disparu.

Le 17. Mère a une lymphangite du sein gauche.

Le 19..... 3310

On voit que l'interprétation que nous avons donnée est très plausible.

Enfin, nous avons mentionné qu'à la suite de la ligature tardive, on observait dans de rares circonstances des hémorrhagies diverses : elles sont rares, puisque sur 68 cas de ligature tardive nous ne les avons observées que dans quelques cas. Nous croyons qu'elles peuvent être attribuées à ce mode de ligature parce qu'elles surviennent *immédiatement* après la naissance. Puisque M. Ribémont ne veut pas comprendre cette expression, nous prendrons la peine de la lui expliquer.

On change les enfants plusieurs fois par jour, nous comprenons que l'hémorrhagie a eu lieu immédiatement lorsqu'on l'a constatée au premier changement des vêtements de l'enfant. Lorsque les premières selles d'un nouveau-né sont sanguinolentes, nous avons le droit de dire que l'hémorrhagie a été immédiate, quant à certifier le moment exact où elle s'est produite, nous laissons à M. Ribémont le soin de pénétrer avec plus de succès ces arcanes de la clinique.

Quant aux régurgitations noirâtres que nous avons considérées comme des hématémèses, elles sont survenues le premier jour. M. Ribémont nous demande si les mères n'avaient pas de gerçures du sein. Nous n'avons pas encore constaté cette complication le premier jour des couches, peut-être M. Ribémont a-t-il été plus heureux que nous. Nous abandonnons d'ailleurs l'influence de la ligature tardive sur les hématémèses.

Nous avons, en effet, réfléchi depuis la publication de notre travail que les nouveau-nés de nos observations ont pu être allaités par d'autres femmes en couches, comme cela se faisait

journellement à la Maternité à Cochin. Nous n'avons pas prévu cette cause d'erreur. Nous ne nous sommes pas assuré non plus si les femmes n'avait pas de mucosités sanguinolentes au moment de leur accouchement et dans ce cas l'enfant a pu déglutir du sang qu'il aurait rendu ultérieurement.

M. Ribémont nous dit à propos de l'une de ces hémorrhagies qu'elle devait être peu abondante. Elles étaient, en effet, peu abondantes, nous l'avons dit. Il appuie sa manière de voir sur ce fait que l'enfant ne perdait que 30 gr. dix-huit heures après sa naissance. C'est une erreur, l'enfant perdait 70 grammes le lendemain de sa naissance.

Le dernier point que nous avons signalé est la prédisposition des enfants à ligature tardive à présenter de l'ictère. Nous avons étudié deux points dans notre thèse : l'ictère en général, la ligature du cordon ombilical et son influence sur l'ictère. M. Ribémont confond ces deux questions bien différentes. Il cherche bien à tort à nous mettre en contradition avec nous-même.

Nous tenons donc à bien fixer notre opinion sur ce sujet. Rien n'est difficile comme de déterminer avec précision les limites où la santé finit, où la maladie commence. Cette difficulté est surtout évidente dans la détermination des phénomènes physiologiques et pathologiques présentés par les femmes enceintes, en travail, en couches et par le nouveau-né.

Chez l'adulte, par exemple, si on pratique une transfusion à la suite d'une hémorrhagie, on observe bientôt une série de phénomènes résultant de la destruction des globules qui n'ont pas droit de domicile chez le sujet transfusé, est-ce un état pathologique ?

Nous avouons que nous sommes bien embarrassé de le dire. On fait une auto-transfusion à un nouveau-né. Une partie de ce sang peut être laissé dans son système circulatoire, une autre partie doit disparaître ; il en résulte quelques modifications : L'enfant gagne moins de poids en 9 jours ; il devient plus souvent jaune et la jaunisse est plus accusée que dans d'autres circonstances.

Est-ce un phénomène pathologique ? Nous sommes tout aussi embarrassé à fixer la nature de ces phénomènes.

Mais à côté de cette cause de l'ictère des nouveau-nés, qui est très notable, d'après les statistiques que nous avons données, quoique en dise M. Ribémont, il y a une autre forme d'ictère, qui, elle, résulte d'un état pathologique.

Elle est caractérisée : 1° par une teinte jaune plus ou moins étendue ; 2° par un état de santé moins favorable, puisque les enfants les plus jaunes perdent le plus de poids, et puisque la proportion des enfants jaunes qui perdent du poids est plus considérable ; 3° par une destruction plus abondante des globules rouges. Lésion, symptôme, modification de l'état de santé, voilà la trilogie qui caractérise l'état pathologique que nous appellerons ictère des nouveau-nés

Cet état pathologique ne donne à l'examen des divers appareils étudiés les uns après les autres aucun autre symptôme que la coloration jaune de la peau. L'ictère est donc la seule manifestation évidente de l'état pathologique que nous désignerons avec tous les auteurs sous le même nom. Il ne serait pas difficile de rappeler à M. Ribémont qu'il y a dans la nomenclature médicale de nombreux états pathologiques qui sont désignés par leur symptôme le plus saillant. Si nous n'avions pas accepté cette dénomination, nous aurait-il donc fallu faire un néologisme pour rendre compte des différentes dystrophies du sang sur lesquelles nous nous sommes étendu. Ce qui eût été prématuré.

Cet ictère, cet état pathologique, non plus cet ictère particulier, lié au mode de ligature, a une étiologie spéciale, encore obscure, comme l'étiologie de tous les troubles de nutrition. Nous avons cherché à montrer que toutes les causes de débilité pouvaient avoir une importance dans la production de l'ictère, importance bien plus considérable que celle qui résulte d'un mode quelconque de ligature.

Nous voulons croire qu'il n'y a pas lieu de donner à M. Ribémont des explications plus détaillées.

A quel moment doit-on faire la ligature de cordon ombilical?

Le travail de M. Ribémont n'a pas fait avancer d'un pas la solution de cette question.

Nous nous heurtons toujours à ces deux inconnues :

1° Quelle est la quantité de sang que doit acquérir normalement un nouveau-né par le fait d'une ligature immédiate, retardée ou tardive.

2° Quelle est la loi de la progression du sang à travers le cordon dans la ligature retardée.

Nous avons mis en lumière que la ligature immédiate moins favorable que la ligature à deux minutes, l'était plus que la ligature tardive, c'est-à-dire deux minutes après la cessation des battements du cordon. La règle que nous avons indiquée de ne lier le cordon qu'au moment où les artères cessent de battre, nous paraît être le meilleur procédé.

En somme, du mémoire de M. Ribémont, que reste-t-il? Rien de probant : des reproches de détails et dont la plupart sont inexacts. M. Ribemont n'a pas indiqué les vraies objections qu'on pouvait nous adresser, nous les avons nous-même prévues et avouées.

Nous nous sommes efforcé dans notre réplique de garder le ton qui convient à une discussion scientifique, nous considérons maintenant cette polémique comme terminée. Nous ne répondrons plus qu'avec de nouvelles expériences ou de nouveaux faits.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nouvel embryotome. — M. Tarnier a présenté au nom de M. Pierre Thomas, interne provisoire, un embryotome. Voici comment s'est exprimé l'éminent obstétricien : « J'ai présenté, il y a quelques mois,

à la Société de chirurgie un nouvel embryotome, dans lequel je parvenais à sectionner le fœtus avec une scie à chaîne, agissant de bas en haut. Cet instrument, dont l'idée était bonne, avait l'inconvénient d'être un peu compliqué et en outre, d'être d'un prix un peu élevé.

M. Pierre Thomas, après avoir examiné le mécanisme de cet instrument, a cru pouvoir le modifier avantageusement, et c'est ce nouvel embryotome que je viens vous présenter.

Il se compose de deux branches, l'une, qui est placée derrière l'enfant, est courbe et peut s'appliquer dans la concavité du sacrum ; la seconde, qui est appliquée en avant, est droite.

Ces deux branches s'articulent au moyen d'une vis et, à l'extrémité, se trouve un fer à cheval qui réunit solidement les deux branches. Lorsque l'instrument est fermé, les extrémités supérieures des deux branches se touchent, or comme il serait à craindre que la peau puisse se prendre entre les branches, M. Thomas a donné un petit mouvement latéral qui permet de chasser la peau qui pourrait être prise.

A la face interne des branches, se trouve un canal ouvert, dans lequel doit être introduite la scie destinée à couper le fœtus. L'introduction de la scie se fait de la manière suivante : dans la cannelure de la tige antérieure, on introduit une tige de baleine ; arrivée à l'extrémité de la branche, cette tige passe dans la cannelure de la branche postérieure et vient ressortir à l'extrémité extérieure de la branche postérieure. On passe, dans une fenêtre placée à l'extrémité de cette baleine, la scie et, retirant la baleine en sens inverse, la cannelure des deux branches se trouve occupée par la scie.

Cette scie mérite une description spéciale, car elle est tout à fait nouvelle.

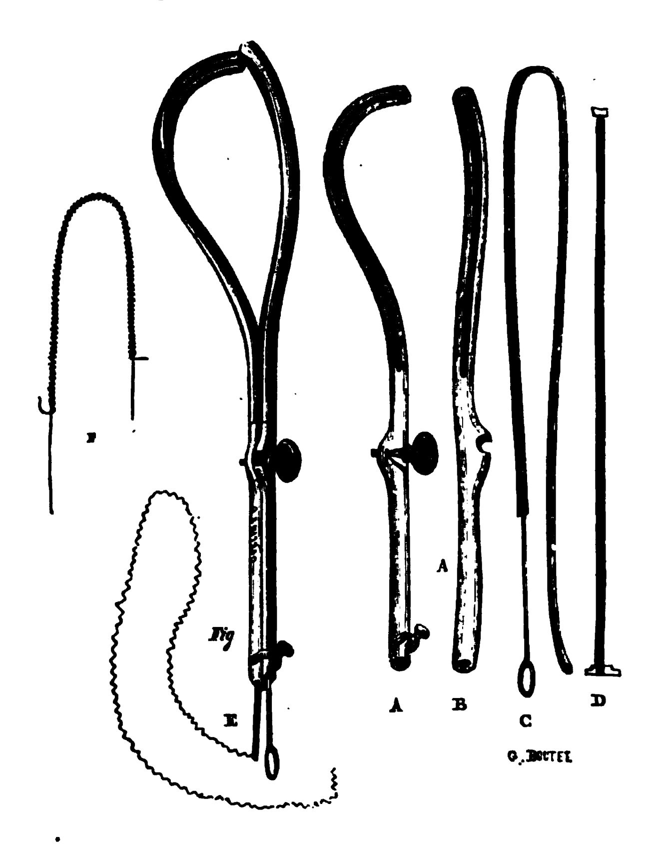
Pour pratiquer l'embryotomie, M. Pajot avait proposé d'employer une ficelle que l'on nomme fouet, mais cette ficelle peut se casser, si elle rencontre un os.

M. Pierre Thomas se sert aussi de fouet, mais il le recouvre par un fil de fer en spirale ; grâce à ce recouvrement, on obtient une corde analogue à une corde de piano, avec laquelle on peut déployer une véritable force.

Une fois le fil passé dans ce canal, il suffit d'un mouvement de va et vient pour sectionner le fœtus de haut en bas.

Pour être sûr que la baleine, après avoir traversé la cannelure de la branche antérieure, s'introduit bien dans celle de la branche courbe

postérieure, M. Thomas place dans cette cannelure une baleine qu'il nomme baleine de précaution ; dès que la baleine s'introduit dans la



cannelure de la branche postérieure, cette baleine de précaution est repoussée en dehors.

Cet instrument, construit avec les mêmes principes que le mien, est certainement un progrès. Il est plus simple et il scie de haut en bas, ce qui vaut mieux.

M. Guéniot. J'adresserai à l'instrument de M. Thomas les mêmes objections que pour l'instrument de M. Tarnier. La branche postérieure doit se placer dans la concavité du sacrum, or, dans les cas où l'embryotomie devient nécessaire, le fœtus est toujours au-dessus du détroit supérieur, il est donc impossible que cette branche saisisse

le fœtus puisqu'elle doit être posée, au-dessous de lui, dans la concavité du sacrum.

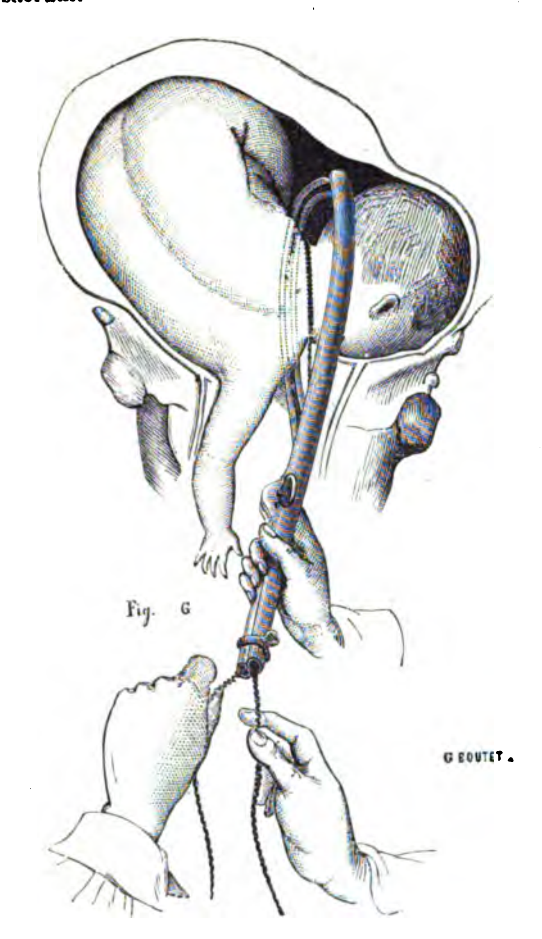


Fig. G

Je voudrais savoir si on a fait quelques expériences avec cet instrument, car, s'il peut bien saisir le fœtus, mon objection toute théorique tomberait d'elle-même.

En outre l'enfant se trouve rarement dans une position transversale, il est souvent obliquement, peut-on placer l'embryotome ?

M. Tarnier. Dans une position de l'épaule où la version devient impossible et pour laquelle le chirurgien est forcé de recourir à

l'embryotomie, il y a toujours une portion du fœtus qui est très-descendue, on pourra donc toujours saisir le fœtus. Si, au contraire, l'enfant est placé au-dessus du détroit supérieur, il se peut que l'instrument devienne tout à fait inapplicable.



Quant à savoir, si cet instrument peut couper un fœtus placé obliquement, je répondrai à M. Guéniot qu'ayant eu à pratiquer l'embryotomie dans un cas de présentation de l'épaule, j'appliquai mon instrument, et, lorsque je voulus extraire les deux morceaux, je m'aperçus que le fœtus avait été sectionné en long; donc on pourra s'en servir pour une position oblique.

M. Tarnier a en outre présenté à la Société de chirurgie (2 avril),

au nom de M. Pierre THOMAS, des instruments qui serviront à pratiquer la décollation intra-utérine du fœtus.

On voit en AA, le crochet de Braun modifié et armé de la ficelle scie, il est destiné à passer la ficelle-scie autour du cou du fœtus. — B, Nouveau protecteur du vagin, parcouru par la ficelle-scie. Lorsque l'instrument sera appliqué, le cou du fœtus sera compris dans la ficelle-scie que l'on voit en haut du protecteur. L'opérateur saisira alors les poignées et par des mouvements rapides de va et vient imprimés à la ficelle-scie, il sectionnera le cou en quelques secondes. — C Crochet qui servira à passer rapidement la ficelle dans les tubes du protecteur. A. LUTAUD.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Les tubercules du col et du vagin, par le Dr CORNIL. — Les granulations et les ulcérations de nature tuberculeuse sont extrêmement rares au col de l'utérus et au vagin si l'on en juge par les observations relatées. C'est à peine si l'on pourrait en citer deux exemples bien authentiques. Au contraire les tubercules du corps de l'utérus et des trompes sont bien connus et fréquents.

Au commencement de cette année se trouvait parmi nos malades de la salle Saint-Augustin une jeune femme manifestement et depuis longtemps tuberculeuse, avec des signes d'excavation au sommet des poumons et qui souffrait en même temps de pelvi-péritonite chronique, évidemment de la même nature. Les symptômes de péritonite chronique tuberculeuse étaient même prédominants, au point de vue de la douleur. Comme la malade se plaignait, en même temps que des douleurs abdominales et lombaires d'un écoulement très-abondant, je pratiquai l'examen au speculum.

Je trouvai une très-légère exulcération du col et un suintement muco-purulent sans aucun caractère spécifique. Mais à côté du méat utérin et à droite, sur la portion vaginale du col et empiétant sur la muqueuse du vagin, à 1 centimètre et demi de l'ouverture du col, il existait une ulcération qui présentait une ressemblance frappante avec certains ulcères tuberculeux de la langue.

Cette ulcération qui avait environ 8 millimètres de diamètre était déprimée, à bords taillés à pic et sur ses bords on voyait trois petits points ou grains jaunes en voie de ramollissement et d'élimination.

Le fond de l'ulcère était gris jaunâtre et couvert d'une mince couche de pus.

Je n'hésitai pas à porter le diagnostic d'ulcération tuberculeuse de la muqueuse vaginale. Après avoir détergé la petite ulcération et touché avec une pointe les granulations jaunes pour m'assurer qu'elles faisaient corps avec le tissu du bord de l'ulcère et que c'était bien au tissu solide auquel nous avions affaire, je le touchai avec la teinture d'iode.

Quelques jours après les grains jaunes s'étaient éliminés presque complètement et le fond de l'ulcère avait pris les caractères d'une ulcération simple. Le même mode de traitement local fut employé et au bout d'une quinzaine de jours la plaie était tout à fait réparée. Lorsque le malade sortit sur sa demande avec une notable amélioration de sa pelvi-péritonite, il aurait été difficile de découvrir une lésion du vagin si on n'avait pas été prévenu. Il n'existait plus en effet qu'une très-légère dépression recouverte de la muqueuse normale dans le point primitivement ulcéré.

Pendant son séjour à l'hopital, et comme pour affirmer encore le diagnostic d'ulcération tuberculeuse du vagin que nous avions porté, la malade fut atteinte de granulations tuberculeuses jaunes et de petites ulcérations tuberculeuses de la langue. Celles-ci siégeaient sur le frein et sur les côtés du frein. Ces tubercules furent amendés très-rapidement et guéris par l'application locale de teinture d'iode.

Les ulcérations tuberculeuses et les granulations des muqueuses sont en effet très-facilement amendées et guéries, lorsqu'elles sont superficielles. Elles sont sujettes à récidive, cela va sans dire, car la disposition générale de l'organisme à produire des tubercules n'en existe pas moins, mais le tubercule jaune, ramolli, ulcéré évolue assez rapidement et guérit. Bien souvent j'ai observé jour par jour et montré aux élèves du service les modifications constatables d'un jour à l'autre, dans l'évolution de ces ulcères qui se terminent souvent par une cicatrisation et même sans laisser de traces lorsqu'elles sont convenablement traitées.

Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que l'ulcération tuberculeuse du vagin dont il vient d'être question ait guéri. Mais si tous les signes et les lésions concomitantes nous faisaient affirmer la nature tuberculeuse de la lésion, nous n'en avons pas eu la preuve anatomique.

J'ai examiné depuis trois mois le col et le vagin des phthisiques

mortes dans mon service sans y rencontrer de granulations tuberculeuses. Souvent on y voit des érosions, des ulcérations, des œufs de Naboth, etc., mais les tubercules sont rares.

Une autopsie du service de mon excellent collègue, M. Rigal, m'a permis de faire l'anatomie pathologique des granulations de la muqueuse vaginale.

Il s'agissait d'une phthisie granuleuse suraiguë. Tous les organes présentaient des granulations miliaires. La portion vaginale du col et le vagin étaient semés de petites granulations plates, d'un demi millimètre de diamètre à un millimètre, semi-transparentes, ou légèrement opaques à leur centre qui était parfois un peu déprimé et exulcéré. Les granulations commençaient au pourtour du méat utérin et elles s'étendaient très-confluentes sur les culs-de-sac.

L'examen microscopique de ces granulations fait sur des portions de la pièce durcies par le liquide de Muller, la gomme et l'alcool, était aussi caractéristique que possible de granulations miliaires tuberculeuses récentes: tissu composé de petites cellules rondes interposées aux fibrilles de tissu conjonctif, cellules géantes, disposition des éléments, oblitération des vaisseaux, rien n'y manquait. Très-superficiels, ces tubercules généralement étalés en nappe, mais souvent aussi de forme sphérique, avaient déterminé par leur présence et par l'inflammation qu'ils occasionnaient, une chute de l'épithélium supérieur dont il ne restait rien au niveau des granulations elles-mêmes. A leur voisinage, en place de l'épithélium stratifié, il ne restait plus, sur les papilles dépouillées, qu'une courbe simple de petites cellules cubiques.

Ces deux observations nous ont paru intéressantes surtout pour établir bien nettement l'existence des ulcérations tuberculeuses de la muqueuse de la portion vaginale du col et du vagin pour provoquer des recherches sur ce sujet. Il est important en effet de bien distinguer anatomiquement les ulcérations qui peuvent survenir chez les phthisiques et jusqu'ici cette question a été à peine effleurée.

(*Séance du* 11 *avril* 1879.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

Le président Dr West a, dans son discours annuel, insisté sur la prospérité constamment progressive de la Société. Le nombre des

Fellows augmente chaque année. La bibliothèque contient 2660 volumes, dont 342 provenant cette année de la bibliothèque obstétricale de feu le Dr Blundell. Il dit que si le Parlement n'a pas encore déposé le « bill » pour les sages-femmes, c'est qu'il veut le joindre à un nouveau bill que le gouvernement veut faire pour les médecins et les chirurgiens.

Ensuite il a rappelé sommairement les titres et ensuite les Fellows morts dans l'année et qui sont les Drs Fleetwood Churchill et Edmund Peaslee. Enfin il termina en faisant un appel à la concorde qui doit régner entre les médecins.

Ensuite furent élus à l'unanimité pour l'année 1879 : Président honoraire, Dr Arthur Farre; président Dr William Playfair; vice-présidents: Drs James Braithwaite, A. Edis, J. Baptiste Patter, Georges Roper, R. Wilson, Alfred Wiltshire ; trésorier : Dr Henri Gervis ; secrétaires. Drs John Williams et Clément Godson ; bibliothécaire : Dr Galabin ; membres du conseil : Drs Fancourt Barnes, Percy Boulton, R. Cory, P. H. Daly, J. Matthews Duncan, C. Hoffmeister, W. Hope, C. D. Kingsford, Thomas Savage, W. Smiles, T. G. Walker J. W. Backer, J. S. Bartrum, G. Easter, F. H. Gervis, E. Herman, V. A. Roper.

Le Dr Galabin montre un **ovaire et des préparations microscopiques de la muqueuse utérine** d'une femme âgée de 23 ans et qui avait été tuée par une blessure qui traversait l'artère fémorale. A l'autopsie, la muqueuse fut trouvée engorgée et gélatineuse épaisse d'environ 1/5 de pouce, avec de petits ecchymoses dans la trame, mais non à la surface. Il est certain que la menstruation était imminente. L'ovaire contient un follicule dont le diamètre est de 5/8 de pouce, et qui contient du sang partiellement décoloré. Ce follicule paraît s'être rompu il y a trois ou quatre jours.

Il n'y a pas le moindre commencement de desquamation sur la surface de la muqueuse utérine, et l'on ne trouve aucune trace de dégénérescence graisseuse.

Le Dr Priestley montre le squelette d'un **fœtus, provenant d'une grossesse extra-utérine.**

Cette grossesse datait du mois de mai 1866, époque à laquelle après une suppression des règles pendant deux mois, des douleurs survinrent tout à coup et on put constater une tumeur au côté droit de l'utrus, que l'on percevait par le vagin. Aucune intervention ne fut jugée nécessaire, quand en février 1878, le Dr Priestley revit la

malade qui venait de perdre par le vagin une quantité considérable de pus. En pratiquant le toucher il constata derrière le col la présence d'un orifice à travers lequel était engagé un os fœtal. Par des opérations successives il parvient à extraire tous les os du fœtus à travers cet orifice et la malade se rétablit.

Le Dr Barnes dit qu'ordinairement les kystes fœtaux se trouvent en arrière de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas. Il n'aurait pas laissé une femme dans cette état pendant tant d'années. Il eut souvent l'occasion de pratiquer des ponctions en pareil cas, soit par le rectum soit par le vagin, surtout quand il y avait des symptômes de fièvre.

Le Dr Barnes montre une tumeur fibroïde qui, après avoir pris naissance sur une hémorrhoïde, atteignit le volume d'une orange et pénétra dans le rectum d'où elle sortit une première fois pendant le travail d'un accouchement, il y a trois ans. Elle fut repoussée dans le rectum par le médecin. Il y a quelques semaines la femme accouchant, la tumeur fut expulsée à nouveau. Le pédicule se trouvait au niveau de l'anus. Le Dr Barnes l'enleva à l'aide du galvano-cautère.

Le Dr Braithwaite, lit un mémoire sur la dilatation digitale de l'orifice. L'auteur a observé que souvent pendant le premier stade du travail, il y avait aussi un retard tenant à la fatigue de la parturiente où à d'autres raisons. Dans d'autres cas comme dans l'éclampsie par exemple, il est très-désirable d'accélérer la dilatation.

Sa méthode consiste à introduire l'index seul ou l'index et le médius des deux mains se touchant par leur face dorsale. La pression est ainsi exercée de dedans en dehors et l'opérateur peut à volonté diriger et employer la force nécessaire. La direction de la force pouvant être changée, toute la circonférence de l'orifice peut subir la dilatation. Il s'est servi de ce moyen dans cinq cas avec succès.

Le Dr Playfair dit que l'emploi fréquent d'un tel procédé pouvait avoir des suites malencontreuses. Il ne s'oppose pas à ce qu'on repousse la lèvre antérieure, mais seulement quand elle descend en avant entraînée par la tête.

Le Dr Barnes dit que le meilleur moyen de dilater l'orifice dans le cas d'éclampsie est fourni par son dilatateur, dont la pression douce et égale, due à l'eau contenue dans l'instrument, est la plus naturelle. En même temps on doit donner du chloroforme qui prévient les accès convulsifs. En opérant ainsi, il a souvent délivré une femme en 30 ou 40 minutes.

Le Dr PRIESTLEY dit que souvent les dilatateurs glissent en dehors de l'orifice utérin.

Le Dr EDIS s'oppose tout à fait à la dilatation avec les doigts. Il croit que la pression inégale des doigts est dangereuse.

Le Dr AVELING se sert de la main introduite en forme de cône. De cette façon, la pression est uniforme, et comme les doigts sentent la résistance on peut régler la pression. (*Séances du 5 janvier et du 5 février* 1879).

Dr FANCOURT BARNES.

VARIETÉS

LA LANGUE MEDICALE
ET
LA LANGUE CLÉRICALE

Les professeurs d'accouchement (nommés sans concours et sans agrégation), des écoles *libres*.... de n'avoir pas d'élèves, ne sont pas satisfaits. Nous le comprenons, il est toujours désagréable d'être pris *flagrante delicto*. Nos confrères jugeront.

EN LANGUE MÉDICALE, « *L'opération dura* 41 *heures et* ELLE *n'était pas terminée quand la femme succomba* » cette phrase ne peut avoir d'autre sens que : l'opération dura 41 heures et ELLE (l'opération, sans doute, personne ne comprendra, la prière de l'accoucheur) n'était pas *terminée* (elle, toujours l'opération) quand la femme succomba. »

EN LANGUE CLÉRICALE, « *L'opération dura* 41 *heures*, etc., signifie : l'opération dura une heure à deux, et la reste est pour la marche ordinaire du travail, sans opération d'aucune sorte. Ce n'est pas plus difficile que cela. Il ne s'agit que de s'entendre.

LA LANGUE CLÉRICALE ajoute :

« *Est-ce qu'aucun lecteur de bonne foi* (CLÉRICALE) *a pu soupçonner un instant que les tentatives* (TENTATIVES EST TROUVÉ) de *céphalotripsie aient été faites sans relache.* »

On voit combien ces accoucheurs *libres* sont aimables, ils ne le spécifient pas, mais ils nous accordent, 5 minutes d'arrêt sur 41 heures.

Et la LANGUE CLÉRICALE ajoute :

« *M. Pajot serait de bien meilleure foi* » — (les accoucheurs des jésuites parlant de la bonne foi de leurs adversaires. C'est raide. Nous allons voir la leur) *en reconnaissant que la céphalotripsie sans tractions ne lui a pas donné de bons résultats non-seulement à 27 millim., mais même à 36 millim.* »

La LANGUE MÉDICALE répond : Mais je n'ai jamais en l'occasion de faire la céphalotripsie à 27 millim., comment pourrait-elle m'avoir donné de bons ou de mauvais résultats ? Ma règle est d'appliquer le céphalotribe, *tant qu'il peut passer.* Mais je ne sais point si je pourrais le placer à 27 millim..

J'ai pratiqué, *une fois* la céphalotripsie à 36 millim.

Or, dans la LANGUE CLÉRICALE, cela se raconte ainsi :

« *Bassin de* 36 *mill.* 10 *broiements,* 6 *par Cusco,* 4 *par Pajot. Durée* 41 *heures, déchirureS de la matrice, la patiente meurt sans être délivrée.* »

Dans la LANGUE CLÉRICALE, cet S mis à *déchirure*S n'a l'air de rien. A la rigueur, on en accuserait le prote.

Et si pourtant, cet S augmentait de volume en raison des perfidies *libres* qu'il renferme, on ne trouverait pas de caractère assez gros pour l'imprimer,

Non cet S n'a l'air de rien, mais qu'il traduit donc clairement toute une doctrine, heureusement trop connue aujourd'hui.

Cusco a fait 6 broiements, et Pajot 4. En attribuant une déchirure, *au moins*, à chacun d'eux, cela, en *langage clérical,* nous permettra de prononcer *déchirureS* de la matrice.

Faut-il être *libres* pour commettre de pareilles actions. Et ils sont toujours *libres* de dire (ils le diront) : nous n'avons pas prétendu que vous les aviez produites. Sainte Équivoque protégez-nous !

Eh bien, UNE rupture utérine chez cette femme, avait été diagnostiquée par Pajot pendant la vie, et elle avait été causée (l'autopsie le démontra devant 20 personnes) par les contractions, éraillant, peu à peu, le tissu utérin, sur le coude du fœtus, qui avait fini par perforer la paroi ! UNE *déchirure* avec un S.

Après cela, nos confrères comprendront qu'il est inutile de discuter plus longtemps avec des accoucheurs aussi *libres*, qui d'ailleurs concluent avec une grande liberté d'ignorance, de l'ovariotomie à l'opération césarienne, et qui continuent à invoquer des chiffres ne prouvant absolument rien pour établir la statistique de cette dernière.

Nous ne pouvons donc, que leur concéder deux points.

1° Ils sont nos maîtres, quoique *libres*, dans l'art d'accommoder les textes:

2° Ils sont doués d'une dose d'effronterie particulière aux hommes qui ont subi un genre spécial d'éducation, car ils osent écrire :

« *A nous d'empêcher qu'on escamote les chiffres.* »

En fait d'escamotage il semblera, croyons-nous, à nos lecteurs que MM. les certificateurs de miracles n'ont plus leurs preuves à faire.

Professeur PAJOT.

P. S. — Le professeur *libre* à l'S prétend que nous l'avons injurié, parce que nous l'avons qualifié de « *catholique.* »

Jamais cette épithète, que nous sachions, n'a passé pour injurieuse. Nous n'avions pas l'intention de le blesser en la lui appliquant. Il y a de braves gens partout, même parmi les cléricaux, et quant à nous, désormais, nous ne répondrons plus qu'à ceux-là. P.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Concours pour deux places de chef de clinique

L'une pour la clinique chirurgicale, l'autre pour la clinique obstétricale :

A chacun de ces emplois dont la durée est de trois ans, est attaché un traitement annuel de 1,000 francs.

Sont admis à concourir les Docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant subi les cinq premiers examens du doctorat.

Le Concours pour la place de Chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine le lundi 14 juillet 1879, à 8 heures du matin.

Les épreuves consisteront :

1° En une composition écrite sur un sujet de pathologie externe, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent ; cinq heures sont accordées pour la rédaction.

2° En épreuves cliniques : Examen de deux malades (vingt minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade); leçon orale d'une demi-heure au plus, sur les deux malades examinés, après un quart d'heure de préparation ;

3° En une épreuve pratique de médecine opératoire et de déligation.

Le Concours pour la place de Chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté, le lundi 21 avril, à 8 heures du matin.

Les épreuves consisteront :

1° En une composition écrite sur un sujet d'obstétricie, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent ; cinq heures sont accordées pour la rédaction ;

2° En épreuves cliniques : Examen de deux malades (vingt minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade); leçon orale, d'une demi-heure au plus, sur les deux malades examinés, après un quart d'heure de préparation;

3° En une épreuve pratique de médecine opératoire obstétricale et gynécologique avec démonstration.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine 8 jours avant l'ouverture de chaque concours. Ils auront à produire un acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de Docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

Programme des Concours ouverts par la Société protectrice de l'enfance de Marseille pour l'exercice 1879-80.

I. — Prix de 200 francs et médaille d'or, médailles d'argent, de bronze, et mentions honorables : aux meilleurs mémoires en réponse à cette question : *Réformes à introduire dans l'Assistance publique des enfants en bas âge.*

Étudier les questions de secours aux filles-mères, de réceptions d'enfants abondonnés ou trouvés, de refuges pour les femmes enceintes de maisons de sevrage pour les enfants d'indigents ou d'ouvriers, du séjour des nouveau-nés dans les hospices et généralement tous les services pour les enfants de la naissance à trois ans. — Comparer les établissements ouverts en France et à l'étranger. — La Société appelle spécialement l'attention sur cette question, et primera non seulement les travaux sur l'ensemble, mais encore sur un point du programme.

II. — Médailles d'or et d'argent, de bronze, et mentions honorables : Aux meilleurs mémoires en réponse à cette question : *Des consomptions et des maladies chroniques de l'enfance, engendrées par une alimentation vicieuse, — Etudier leurs origines, leurs marches et leurs traitements.*

Les mémoires sur *l'une* ou *l'autre* question doivent être adressés *franco* à M. le Président de la Commission scientifique et médicale, rue de Rome, 58, avant le 15 décembre 1879, *terme de rigueur.* Ils porteront une épigraphe qui sera répétée sur un pli cacheté contenant les nom, prénoms et demeure de l'auteur.

III. — Médailles d'or, d'argent, de bronze et mentions honorables : *Aux inventeurs, importateurs ou producteurs d'objets nouveaux, utiles au premier âge (naissance à trois ans).*

La Société appelle l'attention des concurrents sur les points suivants : Conserves de lait. — Instruments et procédés pour constater la quantité du lait. — Instruments pour élever, en peu de temps, le lait à la température naturelle. — Boissons et aliments favorisant la secrétion du lait. — Fécules, pâtes, spécialités alimentaires appropriées à la nourriture des enfants. — Spécialités économiques pour le sevrage. — Confiserie et biscuiterie hygiéniques.

Vêtements et accessoires du vêtement au point de vue de l'hygiène et du bon marché.

Plans de crèches, de maisons nourricières et de sevrage, — chambres d'enfant, — meubles, — berceaux, objets de literie, de toilette, de ménage, de transport.

Jouets servant au développement de l'intelligence et des sens.

Biberons, bouts de sein, tire-lait, garde-lait, bandages, ceintures, instruments de chirurgie et d'orthopédie infantiles.

Livres relatifs à l'instruction à la conservation, à l'épargne, aux maladies du premier âge.

Les pièces envoyées au Concours seront adressées *franco* à M. le Président de la Commission scientifique et médicale, avant le 15 décembre 1879, *terme de rigueur*. Ces pièces seront acquises à la Société pour son *Musée de l'enfance*. Elles seront classées, cataloguées et mention sera faite sur chaque fiche, du nom et de l'adresse du concurrent.

V. — Médailles d'or, d'argent, de bronze, et mentions honorables :

1° *Aux membres correspondants qui se seront fait remarquer par leur dévouement à la cause de l'enfance* :

2° *Aux personnes qui auront accompli des actes de bienfaisance et d'humanité vis-à-vis des enfants* ;

3° *Aux médecins, accoucheuses et gardes d'accouchées qui présenteront dans leur clientèle le nombre relatif le plus grand de mères allaitant leurs enfants.*

V. — Médailles d'or, d'argent, de bronze, mentions honorables et primes en argent : 1° *Aux personnes s'occupant des soins à donner à l'enfance.*

2° *Aux nourrices méritantes* ;

3° *Aux mères élevant leurs nourrissons par le système de l'allaitement mixte.*

Les propositions motivées, pour les concours IV et V, devront être adressées à M. le Président de la Société, rue de Rome, 58, par *MM. les Médecins-Inspecteurs et les Présidents de Comités et de Patronage.* avant le 15 décembre 1879, *terme de rigueur.*

Le Secrétaire-Général, H. MARTEL.

Le Président. Dr E. MAURIN.

Cours d'accouchement. — MM. Budin et Champetier de Ribes ont commencé le mardi 3 juin à 4 heures et demie, leur nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois et divisé en quatre parties : 1° grossesse normale et pathologique. — 2° Eutocie. — 3° Dystocie et opérations. — 4° Exercices cliniques et manœuvres opératoires. — S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Cours théorique et pratique d'accouchement, par MM. Porak et Loviot. — S'adresser pour s'inscrire 18, rue Hautefeuille de 4 heures à 5 heures.

Avis. — Nous avons reçu une observation très-intéressante de M. le Dr Laville (de Gaillac). L'abondance des matières nous force à la renvoyer au prochain numéro.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Etude physiologique et thérapeutique de l'ergotinine, par le Dr Georges-Frédéric Dupertuis. Th. de Paris, 1879.

Des rétrécissements de l'urèthre chez la femme, par le Dr Émile Fissiaux. Th. de Paris, 1879.

Du traitement des déchirures complètes du périnée et de la cloison recto-vaginale, par le Dr Emmanuel Chabaud. Th. de Paris, 1879.

Affections oculaires liées à la mensuration, par le Dr Albert Thaon. Th. de Paris, 1879.

Étude sur les troubles de la sensibilité génésique à l'époque de la ménopause, par le Dr Henri Ricard. Th. de Paris, 1879.

Étude sur l'hématocèle péri-utérine survenant dans le cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par le Dr Marius Guyot. Th. de Paris, 1879.

Contribution à l'étude des myomes utérins et de leur traitement par les injections d'ergotine dans le tissu de l'utérus, par le Dr Paul Gérard. Th. de Paris, 1879.

De l'oblitération des uretères et des vomissements incoercibles dans le cancer de l'utérus, par le Dr E. Maleyx. Th. de Paris, 1879.

Contribution à l'étude des abcès des fosses iliaques, par le Dr Donat Bollet. Th. de Paris. 1879.

Considérations sur la thyroïdite, par le Dr Jean-Guillaume Détrieux. Th. de Paris, 1879.

Des hémorrhagies des six premiers mois de la grossesse, par le Dr Mahé. Th. de Paris, 1879.

Quelques considérations sur la marche des affections articulaires pendant la grossesse, par le Dr Benjamin Dubois. Th. de Paris, 1879.

Du cordon ombilical considéré au point de vue de sa longueur, par le Dr Compagnon. Th. de Paris, 1879.

De la torsion du cordon ombilical, son influence sur le fœtus, par le Dr Paul Cordonnier. Th. de Paris, 1879.

De la rétroversion utérine pendant la grossesse, par le Dr Paul-François Ducor. Th. de Paris, 1879.

De l'ascite congénitale, par le Dr Paul van Gelder. Th. de Paris, 1879.

De la bosse séro-sanguine, par le Dr Daniel Martellière. Th. de Paris, 1879.

Considérations sur le palper abdominal en obstétrique, par le Dr Honoré Munier. Th. de Paris, 1879.

Recherches sur la mortalité des femmes en couches, par le Dr de Beurmann, ancien interne des hôpitaux. Th. de Paris, 1879.

Ein Schrägovales rachitisch-hydrorrachisches Becken. (*Un bassin oblique ovalaire rachitique avec hydropisie du canal rachidien*), par Hugenberger. (*Arch. f. Gyn.*, t. XIV, p. 1, avec une planche et plusieurs dessins). La fille qui fait l'objet de cette observation parvenue au terme d'une première grossesse ne put être accouchée qu'après le broiement de la tête fœtale. Douze jours après elle succomba à la péritonite. Wegner à observé chez une fille de 20 ans, une lésion analogue du rachis (*Beiträge zur Geburtshülfe*, de Berlin, 1872, t. I, p. 84). Enfin dans le cas de Virchow il y avait eu, malgré une lésion semblable du canal rachidien, deux accouchements naturels.

Ueber den Einfluss der Abnabelungszeit auf dem Blutgehalt der Placenta. (*Sur l'influence du moment de la ligature en ce qui concerne le sang sontenu dans le placenta*), par Wiener. (*Arch. f. Gyn.*, t. XIV, p. 34). Ce travail dont les éléments ont été puisés à la clinique de Spiegelberg, est consciencieusement fait; l'auteur n'est pas encore fixé sur la

valeur de l'un et de l'autre mode de ligature et réclame de nouvelles recherches.

Studien und Erfahrungen über das Pilocarpin in der Geburtshülfe. (*Etudes et expériences sur la pilocarpine dans la pratique obstétricale*), par SAENGER (*Arch., f. Gyn.*, id., p. 43).

Zur frage von der Nabelschnurstrangulation unter der Geburt. (*Récit d'un cas d'étranglement par le cordon ombilical*), par SAENGER (*Arch. f. Gyn.*, id., p. 90).

The causes of sudden death of puerperal women (*Des causes de la mort subite chez la femme pendant la puerpéralité*), par Edward JENCKS, extrait des *Transactions of the American medical association*.

On the treatment of pregnancy complicated with cancerous disease of the genital canal (*Du traitement de la grossesse compliquée d'affection cancéreuse du canal génital*), par G. Ernest HERMAN, extrait du 20e volume *Of the Transactions of the obstetrical society of London*.

Perrineorrhaphy, with special reference to its benefits in slight lacerations and a description of a new mode of operating (*Périnéoraphie, ses avantages dans les déchirures, nouveau mode opératoire*), par Edward JENCKS, extrait de l'*American Journal of obstetrics an diseases of women and Children, april* 1879.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Compte-rendu de la clinique obstétricale de Monpellier, 1877-1878, par le Dr Léon DUMAS, chef de clinique obstétricale.

Considérations sur les suites de couches et soins à donner aux nouvelles accouchées, par le Dr Gérôme MAZARS. — Henri Rey, libraire-éditeur. Paris, 1879.

De l'œdème dur des grandes et des petites lèvres, symptomatique de la syphilis, par le Dr Georges OBERLIN. — Adrien Delahaye, éditeur. Paris, 1879.

Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, par le Dr MARTINEAU, 2e partie. Pathologie spéciale, 1 vol. gr. in-8 : 8 fr. L'ouvrage complet. 1re et 2e partie. Réunies : 14 fr. — Germer Baillière et Cie.

Bulletin de la Société clinique de Paris, rédigé par MM. les Drs LABADIE-LAGRAVE et HUCHARD, 1878. 1 vol., in-8, cart. : 7 fr. — V.-A. Delahaye et Cie, éditeurs.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XI

Janvier à Juin 1879.

T

U

V

W

FIN DE LA TABLE

Paris — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince 31.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XII

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), de Londres.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPUY (L.-E.), méd. de l'hôp. de Saint-Denis.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'ec. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hop. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nimes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XII

Contenant des travaux de MM.

BLEYNIE, BORAUD, BUDIN, DEHENNE, DE FOURCAULD, HERRGOTT (Alphonse), LAVILLE, PILAT, PINARD, PÉNARD, POULLET, PUECH, QUEIREL, RÉMY, ROUVIER (Jules), TARNIER, VERRIER.

1879

(2er SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1879

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	**18 francs.**
Pour les départements...........	**20 —**
Pour l'Europe..................	**21 —**
Pour les États-Unis d'Amérique....	**23 —**
Pour les autres parties du monde.	**25 —**

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 9, rue de Mulhouse, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

GROSSESSE GÉMELLAIRE

CAUSE DE PROCIDENCES ET DE PRÉSENTATION COMPLIQUÉE

Par le Dr Alphonse Herrgott,
Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

La présence de plusieurs fœtus dans la cavité utérine est considérée, on le sait, par la plupart des accoucheurs comme étant la cause de procidences multiples. Le fait qu'il nous a été donné d'observer en est un nouvel exemple ; si nous le rapportons ici, c'est qu'il présente quelques particularités intéressantes qui, croyons-nous, méritent d'être signalées tant au point de vue de la difficulté d'établir un diagnostic précis qu'aux embarras relatifs aux indications opératoires.

Ne voulant pas faire ici l'historique de la dystocie spéciale aux accouchements multiples, nous nous bornons à citer les

travaux de Tarnier (1), Joulin (2), Kleinwachter (3), Reuss (4), Depaul (5), Besson (6), etc., qui ont étudié en général, avec grand soin, non-seulement les cas dans lesquels les fœtus se présentent irrégulièrement comme dans les grossesses simples, mais surtout ceux qui sont particuliers aux grossesses gémellaires; soit que, ainsi que le fait remarquer M. Besson, dans son intéressante monographie, « les extrémités appartenant à des fœtus différents se présentent en même temps au détroit supérieur et s'empêchent réciproquement de descendre dans l'excavation, ou bien que deux extrémités pénètrent simultanément dans l'excavation et y restent enclavées, ou encore qu'une des extrémités de l'un des fœtus étant déjà engagée dans le canal pelvien le tronc de l'autre, placé transversalement, vienne mettre obstacle à l'expulsion du premier ». Il me paraît toutefois que ces divers observateurs n'ont peut-être pas suffisamment attiré l'attention sur une complication particulière également propre à la grossesse gémellaire, sur *celle qui résulte de la procidence du cordon appartenant au deuxième fœtus*, c'est-à-dire *à celui qui ne se présente pas au début du travail.* C'est l'observation d'un fait de ce genre que nous relatons ici.

Mme X.... âgée de 27 ans, grande, forte, d'une bonne constitution, mariée depuis cinq ans, est enceinte pour la première fois. Ses antécédents ne présentent rien de particulier, sa santé a toujours été excellente. Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis jusqu'au mois de mai 1878, époque où elle devint enceinte. La marche de sa grossesse a été normale; elle n'a pas eu de troubles digestifs notables, et n'a été incommodée, vers la fin de sa gestation, que par le développement considérable de

(1) *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire.* Paris, 1860.
(2) *Des cas de dystocie appartenant aux fœtus.* Paris, 1863.
(3) *Die Lehre von den Zwillingen von L. Kleinwächter.* Prag., 1871.
(4) *Zur Lehre von den Zwillingen. Arch. f. Gyn.*, IV, 120, 1872.
(5) *Leçons de clinique obstétricale*, p. 239. Paris, 1872.
(6) *Dystocie spéciale dans les accouchements multiples.* Paris, 1877.

l'abdomen. Elle a perçu les mouvements fœtaux jusque vers la fin de sa grossesse ; mais quatre jours avant le début du travail, ces mouvements qu'elle percevait partout cessèrent complètement après avoir été plus violents que précédemment.

Mme X... était en travail depuis douze heures lorsque M. le Dr Duclaux fut appelé pour terminer l'accouchement. A son arrivée il trouve l'utérus tétanisé par l'ingestion de 1 gr. 50 au moins de seigle ergoté que l'on avait cru devoir administrer pour activer les contractions. En découvrant la femme pour procéder à l'exploration de la partie fœtale qui se présentait, il trouve entre les cuisses de la parturiente une anse formée par 50 centimètres d'un cordon froid, pâle et ne battant plus. Poursuivant son examen, il sent dans l'excavation une partie dure, résistante, qui lui semble être l'extrémité céphalique, de plus il constate la présence de petites parties fœtales appliquées contre la paroi pelvienne du côté droit, mais vu leur faible engagement il n'était pas possible à ce moment de savoir exactement si l'on avait affaire à une main ou un pied, droit ou gauche, et auquel des deux fœtus il pouvait appartenir.

En présence de la gravité de la situation, notre confrère me fait l'honneur de m'appeler auprès de sa malade.

Je trouve une femme assez fatiguée, inquiète et agitée ; le ventre est très-volumineux, les parois abdominales sont fortement distendues et sillonnées par de nombreuses vergetures à fond bleuâtre. Il existe un œdème sus-pubien considérable. Les extrémités inférieures sont très-infiltrées. Les parties génitales externes sont également fortement œdématiées.

La forme de l'utérus est très-irrégulière, comme si cet organe contenait un volumineux fœtus se présentant par l'épaule et fortement incurvé sur son plan latéral. En effet, on trouve une grosse tumeur occupant l'hypochondre droit et remontant jusque sous le foie. Une deuxième tumeur, réunie à la première par un sillon très-net au niveau de l'ombilic, remplit le flanc gauche, remonte moins haut que la précédente et semble se diriger vers le petit bassin.

L'utérus encore sous l'action du seigle ergoté est tétanisé, aussi est-il très-difficile de procéder au palper, et ce moyen d'exploration, si précieux pour nous renseigner sur la situation du produit de conception lorsque l'utérus ne se contracte pas, ne nous fournit aucune indication.

La consistance de la matrice est ligneuse. L'auscultation ne per-

met de découvrir aucun bruit, soit fœtal, soit maternel, on ne perçoit ni double battement, ni souffle utérin.

Par le toucher on trouve une tumeur dure, résistante, arrondie : la tête. Il n'y a pas de bosse séro-sanguine, la peau nullement infiltrée est mobile sur les os du crâne.

Si la présentation était relativement facile à constater, la position était moins aisée à déterminer; en effet, le doigt découvrait au centre de l'excavation une grande fontanelle considérable, la suture sagittale dans le diamètre oblique droit; mais en avant comme en arrière il n'était pas possible d'atteindre la petite fontanelle, ce n'est qu'un peu plus tard qu'il nous fut permis de compléter notre diagnostic.

Sur le côté gauche du bassin se trouvait une petite extrémité saisie entre la tête fœtale et la paroi pelvienne. En avant et à droite l'anse funiculaire précédemment décrite.

C'est alors que la sage-femme qui assistait la parturiente depuis le début du travail nous dit qu'elle avait remarqué la rupture de deux poches des eaux, que la première avait donne issue à un liquide clair et très-abondant, la seconde à du liquide brunâtre en grande quantité. Le prolapsus du cordon avait suivi la rupture de la première poche.

Nous étions, je l'avoue, assez perplexes, cependant le volume considérable de l'abdomen, l'œdème sus-pubien et l'infiltration des membres inférieurs de la femme, mais surtout la forme particulière et irrégulière de l'utérus nous font songer à l'existence d'une grossesse gémellaire; le toucher nous indique que l'un des fœtus se présente par le sommet, la présence de la grande fontanelle au centre de l'excavation nous permet de penser à la possibilité d'une présentation du sommet en occipito-iliaque droite postérieure, bien que toutefois il ne nous fût pas possible d'atteindre l'une ou l'autre extrémité de la suture sagittale. Enfin, la cessation des mouvements fœtaux quatre jours avant le début du travail, l'absence de doubles battements à l'auscultation, la mobilité des os du crâne du fœtus qui se trouve en rapport avec le détroit supérieur, la non-tuméfaction du cuir chevelu, la disparition des pulsations du cordon prolabé, sa flaccidité, la coloration du liquide écoulé, nous indiquent que le fœtus dont la tête est engagée a sûrement succombé et que probablement le deuxième fœtus a également cessé de vivre. Mais il ne nous est pas possible de savoir auquel des deux appartient

le cordon prolabé, ainsi que le membre en procidence sur la nature duquel nous n'étions pas encore suffisamment fixés.

La contracture utérine étant devenue moins intense, d'autre part l'engagement de la partie fœtale étant encore peu considérable et aucune indication pressante d'agir immédiatement n'existant puisque le cordon prolabé avait cessé de battre depuis plusieurs heures, nous crûmes pouvoir attendre que les contractions fussent devenues plus efficaces et que l'engagement fût plus prononcé. La version sur les pieds était à peu près impossible sinon très-dangereuse, vu la contracture utérine; d'autre part, la reposition du cordon présentait les mêmes difficultés et de plus était inutile.

Les contractions se régularisèrent un peu et commencèrent à devenir efficaces. Au bout deux heures le travail avait bien un peu marché, mais pas suffisamment pour qu'il nous fût possible d'espérer une prompte terminaison spontanée du travail : comme la femme était déjà très-épuisée nous crûmes devoir faire une application de forceps, application qui était rendue plus facile que précédemment par la disparition à peu près complète de la contracture et par l'engagement plus prononcé de l'extrémité céphalique.

L'exploration digitale nous indique que la tête ne s'est pas fléchie; l'occiput est en arrière et à gauche, la face se trouve directement derrière le trou obturateur droit. On sent facilement le globe oculaire droit et la racine du nez en avant derrière la symphyse pubienne.

Le cordon est toujours en avant et à droite; à gauche on reconnaît nettement que l'extrémité dont on perçoit quatre doigts à peu près de la même longueur, le cinquième étant beaucoup plus court que les autres, n'est autre qu'une main droite que nous pensons être celle du fœtus qui se présente. Mais comme nous n'en avions pas la certitude et que nous ne savions pas exactement auquel des deux fœtus appartenait la tige funiculaire, on applique le forceps directement sur les deux côtés du bassin en saisissant un peu obliquement la tête fœtale, mais en ayant soin de ne pas comprendre entre les branches de l'instrument les parties fœtales prolabées.

Les tractions furent modérées, mais la tête fœtale étant assez molle ne put être fléchie soit par son accommodation à travers la filière pelvi-génitale, soit artificiellement par la direction de nos tractions avec le forceps; elle se dégagea un peu obliquement en occipito-postérieure. Bien que l'extraction fût assez lente et la tête assez petite, le périnée qui était très-infiltré et celui d'une primipare céda

au moment où la tête franchissait la vulve, et il se produisit une déchirure assez considérable qui heureusement n'atteignit pas les sphincters. L'expulsion du reste du fœtus se fit normalement. L'enfant était très-petit quoique semblant devoir être presque à terme, il était mort depuis quelques jours déjà, son épiderme se détachait par places assez facilement.

Il n'y eut pas d'écoulement du sang. Le cordon fut lié et sectionné. Mais l'anse du cordon qui prolabait toujours hors du vagin indiquait qu'un second fœtus était encore renfermé dans la cavité utérine et confirmait le diagnostic de grossesse gémellaire qui avait été porté au début, à la suite de l'inspection de l'abdomen. On introduisit la main dans le canal génital, on sentit les pieds au niveau du détroit supérieur qui furent saisis facilement, et on put procéder à l'extraction d'un deuxième fœtus à terme et plus volumineux que le premier. Le dos fut ramené en avant et le dégagement de l'occiput sous l'arcade pubienne ne présenta aucune difficulté. Ce deuxième fœtus avait également succombé, mais il n'y avait pas de desquamation, sa mort semblait être de date récente, par conséquent postérieure à celle du premier.

La perte de sang fut peu considérable, l'utérus était bien rétracté mais ne se contractait pas. Plusieurs tractions légères sur le cordon furent sans résultat. Enfin, après deux heures d'attente, comme malgré les frictions sur l'abdomen l'utérus ne se contractait pas, M. Duclaux se décida à pratiquer la délivrance artificielle; celle-ci fut pénible, il fut obligé de décoller artificiellement le placenta qui adhérait par toute sa surface à l'utérus. La femme perdit une grande quantité de sang malgré la précaution qu'il avait eu d'administrer 1 gramme de seigle ergoté au moment où il allait commencer le décollement artificiel du placenta. La délivrance terminée, l'utérus se contracta et l'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Le placenta était unique, volumineux, sur sa face utérine on voyait deux caillots noirâtres assez considérables. Il y avait deux poches amniotiques distinctes, et deux cordons mesurant 70 centimètres environ, celui qui avait fait procidence et qui appartenait au deuxième fœtus était beaucoup plus gros que celui du premier.

Deux serre-fines furent appliquées au niveau de la plaie périnéale, mais elles ne tinrent pas. Comme la femme avait un embonpoint assez considérable, on maintint les cuisses rapprochées et

la réunion se fit complètement au bout de trois semaines, par seconde intention.

Dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement, les lochies furent très-abondantes, mais on eut soin de faire plusieurs fois par jour, surtout au début, des injections phéniquées dans la cavité vaginale, de telle sorte qu'il n'y eut pas d'accident de résorption. Au reste les suites de couches furent normales et ne présentèrent rien de particulier.

Quant à l'autopsie des fœtus mort-nés, il ne nous avait malheureusement pas été permis de la pratiquer.

Cette observation me semble intéressante à plusieurs titres, mais deux faits surtout, la *procidence du cordon et les difficultés que présentait le diagnostic de la situation exacte des fœtus au début du travail*, méritent de fixer notre attention, nous ne ferons que mentionner la contracture utérine, la lésion périnéale et l'extraction artificielle du délivre.

Dans les grossesses gémellaires les cas de *procidence du cordon appartenant au deuxième fœtus* sont très-rares, nous en avons cependant trouvé un exemple à peu près analogue, relaté dans les *Leçons de clinique obstétricale* du professeur Depaul (p. 590). « Vous trouverez dans les observations de la Clinique, à la date du 18 mai 1863, le fait intéressant d'une jeune femme chez laquelle survint une rupture prématurée des membranes trente-trois heures avant le début du travail. Au moment de son entrée à la Clinique, on constata une procidence du cordon et de deux pieds avec un sommet déjà engagé ; on reconnut en outre une grossesse gémellaire ; les deux pieds et le cordon appartenaient à l'enfant dont la tête n'était pas engagée ; tous les deux, du reste, étaient d'un très petit volume, puisque l'un pesait 1850 grammes et l'autre 1350. »

Mais comment cette procidence dans notre observation s'est-elle produite ? Comment cette anse funiculaire a-t-elle pu passer entre la paroi pelvienne et l'extrémité céphalique du premier fœtus ?

Si le cordon avait été celui du fœtus engagé dans l'excavation, il serait facile d'en comprendre le mécanisme, surtout si cette

tige vasculaire s'était trouvée située du côté de la petite extrémité prolabée. Le pronostic en eût été également meilleur, la main par sa présence empêchant le cordon d'être comprimé totalement, et par conséquent l'hématose d'être suspendue. Mais ce n'était pas le cas actuel, le cordon était celui d'un autre fœtus.

Nous trouvons dans un mémoire de Dugès sur les accouchements gémellaires, publié en 1826 dans la *Revue médicale* (p. 391), la constatation d'un fait qui pourra, je crois, nous servir à expliquer l'étiologie des cas que nous étudions. « Le signe, dit cet accoucheur, le plus certain, le moins équivoque de la grossesse gémellaire, c'est la présence d'une double poche membraneuse à l'orifice utérin. Cette particularité a été plusieurs fois observée par Mme Lachapelle, et je l'ai rencontrée après elle ainsi que plusieurs autres praticiens. De deux poches, l'une plus arrondie contient une partie d'un fœtus; l'autre, aplatie, courbée en ménisque, ne contient le plus souvent que de l'eau. » M. Depaul a également constaté à deux reprises différentes l'existence de cette poche bilobée, la première fois, en 1839, alors qu'il était interne à la Maternité, la seconde à la Clinique.

Or, il est probable que dans le cas présent, s'il nous avait été possible d'examiner la parturiente avant la rupture de la poche des eaux, on aurait constaté l'existence de cette poche bilobée. On aurait pu sentir une dépression, une sorte de sillon partageant le kyste amniotique en deux et formée par les deux œufs adossés l'un à l'autre. Du reste, ce que nous dit la sage-femme qui assistait au début de l'accouchement confirme cette manière de voir. En effet, les membranes s'étaient rompues à deux reprises; la première fois la rupture de la poche des eaux qui avait donné issue à un liquide clair avait été suivie de la procidence du cordon, et ce n'est que quelque temps après qu'il y eut rupture d'une nouvelle poche suivie de l'écoulement d'un liquide brunâtre, le liquide amniotique du fœtus qui s'engagea le premier et qui portait sur lui les traces d'une mort datant de plusieurs jours.

Il est donc vraisemblable qu'à un moment donné, au début

du travail, les deux œufs se trouvaient simultanément au-dessus du détroit supérieur, que la rupture d'une de ces poches, malheureusement suivie de la procidence du cordon, a permis à la tête du fœtus contenu dans l'autre cavité de s'engager dans l'excavation, dans la situation où nous l'avons trouvée.

Le diagnostic complet et précis présentait également de sérieuses difficultés ; sans doute on sentait manifestement que c'était une extrémité céphalique qui occupait l'aire pelvienne, mais y avait-il plusieurs fœtus ? Étaient-ils vivants ou morts ? Auquel des deux appartenait la tige funiculaire en procidence? Quel était le membre prolabé ? C'étaient là autant de questions auxquelles il n'était pas tout d'abord facile de répondre.

Sans doute le développement considérable de l'abdomen, la forme irrégulière du ventre sur laquelle nous avons déjà insisté, étaient pour nous de précieuses indications au point de vue du diagnostic de la grossesse gémellaire. « Il y aura en effet, dit Mauriceau, quelque apparence que la femme porte deux enfants si elle est extraordinairement grosse sans qu'il y ait en elle aucun soupçon d'hydropisie ; et bien plus, si l'on voit une éminence de chaque côté de son ventre et qu'il y ait en sa longueur comme une ligne un peu déprimée ou moins relevée vers le milieu ; la chose sera presque certaine si en même temps on sent plusieurs et différents mouvements des deux côtés. » Nous avions en outre, il est vrai, un œdème sus-pubien considérable, les membres inférieurs ainsi que les parties génitales étaient infiltrées, mais néanmoins les signes importants manquaient. Le palper et l'auscultation qui devaient nous donner la certitude faisaient défaut.

La contracture utérine artificiellement produite par l'action intempestive du seigle ergoté rendait impossible ce premier mode d'exploration, et le palper qui, il y a quelque temps, permettait à M. Pinard (1) de constater la présence de trois fœtus

(1) *Traité du palper abdominal*, p. 153. Paris, 1878.

dans la cavité utérine, ne pouvait être employé. La mort des fœtus rendait aussi inutile l'auscultation à l'aide de laquelle cependant Noegele fils avait pu reconnaître une grossesse trigémellaire, et nous ne pouvions ainsi entendre, en deux régions différentes de l'utérus, les doubles battements, avec un maximum d'intensité sans isochronisme, comme cela aurait été possible si les fœtus avaient été en vie.

Enfin, si nous avions entendu les doubles battements d'un côté seulement, nous aurions pu penser que le cordon prolabé qui appartenait à un fœtus mort était bien celui qui se présentait le premier puisque la mobilité considérable des os du crâne et l'absence de bosse séro-sanguine nous indiquait que, selon toute probabilité, le fœtus avait cessé de vivre. Mais tel n'était pas le cas, et ainsi qu'on l'a vu, ce n'est que plus tard qu'il nous a été possible de compléter notre diagnostic, ce n'est qu'après deux heures d'attente que nous pûmes enfin reconnaître le côté où se trouvait l'occiput et la nature du membre en procidence.

QUELQUES PHÉNOMÈNES SUPPLÉMENTAIRES DES RÈGLES.

Par le Dr Jules Rouvier (de Marseille).

Dans un mémoire publié il y a quelque temps chez F. Savy (1), nous avons étudié les hémorrhagies ou extravasations sanguines qui accompagnent ou remplacent l'écoulement menstruel. Nous avons négligé, à dessein, de peur d'être entraîné trop loin, de parler de certaines affections qui offrent un processus analogue.

---

(1) *Quelques considérations sur les déviations menstruelles.* In-8, Paris, 1879. F. Savy, éditeur.

C'est cette partie de notre tâche que nous voulons combler aujourd'hui.

Le sujet est vaste : aussi croyons-nous devoir tout d'abord lui fixer des limites. Sans parler de ces affections qui prennent naissance au moment de l'établissement ou de la disparition de la menstruation, nous nous bornerons à décrire celles qui se manifestent depuis la puberté jusqu'à la ménopause durant la vie menstruelle. Et encore, parmi ces dernières, négligerons-nous ces maladies du système nerveux, beaucoup mieux connues, pour nous occuper exclusivement d'affections sur lesquelles peu ou point de travaux ont été publiés jusqu'à ce jour.

Loin de nous la prétention de vouloir traiter à fond ce sujet intéressant. Notre rôle sera plus modeste : mettre au jour quelques observations inédites et tirer quelques conclusions de leur étude : voilà quelle est notre ambition. Nous n'avons voulu, d'ailleurs, n'admettre dans ce travail que des observations bien établies et où le rôle de la menstruation était des plus évidents.

Nous diviserons notre travail en trois parties. La première sera consacrée à l'étude de l'ictère menstruel ; la seconde à l'érysipèle supplémentaire ; la troisième aux affections cutanées dépendant de la menstruation. Nous avons séparé à dessein de ces dernières l'érysipèle, dont l'étude pathologique présente un grand nombre de faits particuliers.

I.

ICTÈRE MENSTRUEL.

H. Sénator est le premier auteur qui ait publié des observations d'ictère menstruel ; et encore ses recherches sont-elles toutes récentes (1). C'est donc un point de gynécologie entière-

(1) Sénator. *Berlin. klinik. Wochensch.* 16 décembre 1872, n° 57.

ment inconnu et sur lequel on ne trouve absolument rien dans les auteurs classiques. On pourrait toutefois considérer comme faits d'ictère menstruel ceux qui ont été rapportés par Bianchi et Delondre. Bianchi (1) vit une jaunisse récidiver tous les mois, chaque attaque durait quatorze jours; et M. Delondre (2) a observé également une jaunisse mensuelle chez une femme de 42 ans, dont les règles étaient supprimées.

Sénator a recueilli quatre observations d'ictère simple revenant périodiquement aux époques menstruelles. Il s'agissait de femmes mal réglées, chez lesquelles l'ictère avait pour origine un état congestif du foie.

Sénator attribuait cette congestion hépatique à la même cause physiologique qui produisait l'hémorrhagie cataméniale. Il appuyait ce sentiment sur les deux faits suivants :

1° L'ictère et les phénomènes d'hyperémie hépatique cessèrent lors de la ménopause chez toutes ces femmes.

2° Il y avait en quelque sorte une relation au point de vue de l'aggravation ou de l'amélioration de l'ictère, avec l'augmentation où la diminution de l'écoulement menstruel.

L'observation suivante de Fasbender (3) semblerait confirmer ces idées. On y voit en effet l'ictère apparaître lorsque l'écoulement menstruel est moins abondant et cesser quand ce dernier revient à l'état normal.

Observation I. — Robuste femme, 29 ans. Menstrues autrefois très-régulières et abondantes.

Depuis son dernier accouchement (le troisième) les époques sont fort peu de choses et s'accompagnent de symptômes ictériques. Cette jaunisse, sans être très-intense, est pourtant bien nette, les conjonctives y prennent part. Selles décolorées. Matière colorante biliaire

---

(2) Bianchi. *Historia hepatica seu theoria et praxironnium morborum hepatis et Biles.* Genevæ, 1725.

(1) Delondre. Th. sur la jaunisse. Paris, 1809.

(1) Fasbender. Société de gynécologie de Berlin, 20 avril. *Berlin. klin. Woch.*, 20 sept. 1875, n° 39, p. 537 et *Revue des sc. méd.*, n° 14-15 avril 1876, t. VII, p. 613.

dans l'urine. Aucun phénomène concomitant du côté du foie, ni de l'estomac. Fasbender voit la malade six mois après son accouchement, l'utérus est en rétroflexion. Fer à l'intérieur et pessaire de Hodge.

A la suite de ce traitement l'ictère se montre encore aux quatre périodes menstruelles suivantes, puis disparaît en même temps que le flux sanguin redevient plus abondant.

Il n'est pas nécessaire pourtant, pour amener la production de l'ictère menstruel, que les règles aient éprouvé des variations soit par la quantité, soit par la qualité du sang excrété. C'est ce que prouve la seconde observation de Fasbender, entièrement confirmée par celle qui nous est personnelle.

Observation II. — Jeune fille bien portante, 18 ans 1/2. Réglée depuis l'âge de 16 ans, toujours régulièrement, sans douleur, la quantité de sang perdue est moyenne.

Depuis plus d'un an, à chaque retour des époques, cette personne est prise d'un ictère assez fort. Fasbender l'a vue une fois; il n'y a pas de symptômes gastriques; la région hépatique était à peine sensible à la pression. On retrouvait dans l'urine les matériaux de la bile. L'utérus est légèrement antéfléchi, sans d'ailleurs aucune lésion des organes génitaux (1).

Les deux observations de Fasbender ont un point commun de ressemblance; chez toutes deux, nous avons un vice de conformation de l'utérus, antéflexion d'un côté, rétroflexion de l'autre. Peut-on en conclure que l'ictère menstruel doive toujours se rattacher à une conformation vicieuse de l'utérus? Une telle opinion ne saurait être adoptée si facilement par des esprits sérieux.

Sans doute un utérus placé dans de semblables conditions sera souvent une cause de troubles menstruels. Mais il faut avouer que deux observations ne constituent point un total

(1) Fasbender. Société de gynécologie de Berlin, 1er juin 1875. *Berlin. klin. Woch.*, 8 nov. 1875, n° 45, p. 614 et *Revue des sc. méd.*, n° 14, t. VII, 15 avril 1876, 2e fascic.

assez important pour donner force de loi à des cas particuliers. L'observation qui nous est personnelle ne peut contribuer à éclairer cette question, l'examen des organes génitaux n'ayant pu être pratiqué. Il est probable que la conformation de l'utérus était normale.

Il n'existait aucun trouble menstruel chez cette femme qui avait eu trois enfants. Voici d'ailleurs cette observation :

Observation III. — La nommée F..., mariée, mère de trois enfants, tempérament lymphatico-sanguin, état général bon, se présentait à nous au mois d'avril dernier pour nous consulter au sujet d'un ictère dont elle était atteinte. Cette femme, âgée de 30 ans, exerce la profession de coiffeuse, et habite un village des environs de Marseille. Son ictère se reproduisait périodiquement chaque mois, immédiatement après la cessation de l'écoulement menstruel. Sa durée était limitée à quelques jours, après lesquels il disparaissait sans laisser de traces. Quand cette malade vint auprès de nous, elle avait eu huit ictères consécutifs.

Cette femme avait été réglée facilement à l'âge de 14 ans, elle perdait régulièrement tous les mois pendant quatre jours. Comme d'habitude, l'apparition de l'ictère ne semblait avoir exercé aucune influence sur la quantité ou la qualité de l'écoulement menstruel. L'examen du foie ne nous offrait rien d'anormal ; nous ne pûmes pratiquer celui des organes génitaux.

Cette observation présente une particularité intéressante. Dans les faits de Sénator et de Fasbender, l'ictère se manifestait simultanément avec les règles : ici, il ne se déclarait qu'après leur disparition.

Que doit-on penser de l'ictère menstruel au point de vue de son origine, de ses conséquences, de son traitement ? Evidemment la cause de cet ictère, commune à toutes les variétés d'ictères, est une entrave apportée à la sécrétion de la bile par le foie. Sous l'influence de troubles vaso-moteurs, il se produit une congestion de l'organe hépatique, par suite, compression des canalicules biliaires, etc., les troubles vaso-moteurs dépendant de la menstruation, puisqu'ils se manifestent régulièrement

avec elle. La congestion du foie est donc supplémentaire, et analogue quant à sa pathogénie à celles que nous avons décrites à propos des déviations menstruelles. Cette congestion est même une véritable déviation de flux cataménial qui diffère des autres déviations par un seul point. Dans les ménoxénies ordinaires, le symptôme apparent est l'hémorrhagie externe ou interne, ici le symptôme apparent est l'ictère, résultat de la congestion (conséquence comme l'hémorrhagie de troubles vaso-moteurs, mais moins intenses). Les faits d'ictère menstruels sont-ils aussi rares qu'il semblerait au premier abord? Nous n'hésitons pas à adopter l'opinion de Sénator et à répondre négativement. Il suffit, pour s'en convaincre, de reconnaître l'exactitude des points suivants :

1° L'intensité de l'ictère variable, sa durée limitée, l'absence de troubles généraux ou locaux sont loin d'engager les malades à consulter un médecin. Oh ! s'il s'agissait d'une maladie plus grave ou plus rare ; mais qui ne peut se charger de soigner une vulgaire jaunisse ?

2° La malade allant consulter son médecin, celui-ci pourra méconnaître la cause vraie de l'ictère, s'il ne constate pas ses relations avec la période cataméniale. Le plus souvent les malades éviteront d'appeler son attention sur ce sujet.

3° Un grand nombre de médecins, reconnaissant l'existence d'ictères menstruels, ne publient pas leurs observations et comme beaucoup d'autres en privent la science.

Le pronostic de l'ictère menstruel est bénin. En effet, dans les quatre observations de Sénator, l'ictère se déclara régulièrement jusqu'à la ménopause et ne fut jamais suivi d'aucun accident.

Les deux observations de Fasbender et la nôtre nous montrent également un grand nombre d'accès sans aucune suite fâcheuse. Il ne faudrait pourtant pas être trop affirmatif au point de vue de la bénignité de l'affection, car à la suite de ces congestions répétées, le foie, comme tout autre organe, pourrait devenir le siége de diverses lésions.

Le traitement de l'ictère menstruel est le même que celui de

l'ictère catarrhal. La seule indication particulière est d'insister sur les emménagogues dans les derniers jours qui précèdent les règles.

(*A suivre*).

REVUE GÉNÉRALE.

DU TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Par le Dr Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Autant une grossesse utérine est un phénomène normal, éminemment physiologique, autant une grossesse développée en dehors de la cavité de l'utérus est un phénomène anormal et pathologique au suprême degré. Non-seulement cette gestation *par erreur de lieu* est toujours fatale pour le produit, mais encore elle est souvent fatale pour la femme qui la présente : aussi l'idéal du médecin serait d'en prévenir la genèse, d'en empêcher la production. Sera-t-il donné à nos petits neveux d'atteindre cet idéal? il est permis d'en douter, mais en tous cas il incombe à la génération actuelle de ne point se désintéresser du fait accompli. Puisque par le fait seul de son existence, à son début comme après des années, la grossesse extra-utérine est une menace permanente, une véritable épée de Damoclès sur la tête de la pauvre malheureuse, le devoir du médecin est nettement tracé : il doit être fixé sur la meilleure thérapeutique à opposer à cet accident, afin que le cas échéant il sache de quelle façon il doit intervenir.

Quel est le moment opportun de l'intervention médicale? quelle doit en être la nature ? telles sont les questions capitales qui seront agitées dans cette revue. Pour ne pas lui donner une étendue disproportionnée avec la fréquence du phénomène, son auteur l'a volontairement limitée à l'examen des observations qui ont été publiées pendant les années 1877 et 1878. Fai-

sant abstraction de ses recherches antérieures, des matériaux considérables qu'il a rassemblés, il n'a pas voulu sortir de ce cadre et s'est contenté de laisser parler les faits.

L'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, la mort inévitable du produit de la conception, les dangers sérieux et permanents auxquels il expose la mère sont, avec la connaissance des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines, les principales raisons qui militent en faveur de l'intervention. L'expectation, qui a été pendant des siècles la règle absolue, doit logiquement et progressivement devenir l'exception. Tout pousse à un traitement sérieux : le progrès dans le diagnostic de ces sortes de grossesse comme les succès éclatants obtenus dans la pratique de l'ovariotomie.

A l'égard de l'intervention en général, il n'y a pas le moindre doute, mais les avis diffèrent dès qu'il s'agit de préciser le moment opportun. Pour les uns, il faut se borner à seconder la nature, pour les autres il faut créer une voie au fœtus tandis qu'il est vivant, alors que pour d'autres il faut, sans plus tarder, intervenir dès les premiers mois de la grossesse.

On ne saurait le méconnaître, les partisans d'une intervention hâtive font valoir des arguments on ne peut plus séduisants. En intervenant de bonne heure, non-seulement on prévient la rupture du sac ovulaire et par suite on met obstacle à la mort par hémorrhagie, mais encore on expose moins la mère et on se met dans les conditions voulues pour obtenir la plus facile résorption du produit. Incontestablement, ce sont là de sérieux avantages, mais ils ont le défaut d'être difficiles à mettre en pratique. Sans doute, avec la ponction du sac suivie ou non d'injections morphinées, avec des courants électriques etc., etc., on peut arriver à tuer l'embryon, mais rares sont les cas où l'on pourra user de ces moyens, car il faut au préalable avoir diagnostiqué avec une suffisante certitude la présence de l embryon extra-utérin.

Obs. I. — *Grossesse extra-utérine probable ; ponction du cul de sac vaginal suivie d'injections morphinées ; guérison.*

Une domestique de 25 ans, ayant eu une périmétrite, était bien réglée, lorsque au commencement de janvier 1877, elle eut les premiers rapports sexuels. A la suite, l'époque fut plus faible que d'habitude et manqua tout à fait en février. Néanmoins elle se trouvait très-bien, lorsque le 2 mars 1877, cette personne fut prise de douleurs abdominales et rénales, de vomissements, de constipation et de rétention d'urine. Concurremment le ventre devint douloureux à la pression et on perçut dans le fond de la région iléo-cæcale une tumeur de moyenne grosseur, mal circonscrite, élastique et sensible à la pression, tumeur qui par le vagin ne pouvait être exactement distinguée de l'utérus. Le cervix était de consistance plus molle qu'à l'état virginal et le méat utérin se laissait dilater. Enfin dans le cul-de-sac antérieur, on percevait le corps utérin antéfléchi, hypertrophié mais non douloureux.

Le lendemain, hémorrhagie utérine médiocre qui cesse au bout de deux jours pour revenir dix jours après, persister pendant le même temps et se terminer par l'expulsion d'un sac creux, rappelant la forme d'un utérus bicorne et présentant les deux ostia utérina et une ouverture correspondant au méat interne.

Après l'expulsion de cette caduque, l'hémorrhagie s'arrêta mais revint plus forte le lendemain. Concurremment la tumeur du côté droit encore très-sensible, plus consistante qu'avant, plus circonscrite, avait atteint le volume du poing. Derrière la portion vaginale raccourcie et ramollie, on sent une deuxième tumeur moins consistante que la précédente mais paraissant en être une dépendance. La muqueuse du vagin est gonflée, les mamelles offrent les glandes de Montgomery et laissent échapper à la pression quelques gouttes de colostrum.

Le 28 mars, le professeur *Friedreich* injecte dans la tumeur gauche 1 centigramme de chlorhydrate de morphine à l'aide d'une longue canule. A la suite de cette injection qui fut faite en arrière de la portion vaginale, les douleurs abdominales et rénales cessèrent, mais elles reparurent le jour suivant. L'hémorrhagie utérine persiste mais avec une médiocre intensité.

Les 12, 14, 18, 21 avril, de nouvelles injections sont faites à travers

les parois abdominales sur la partie fluctuante de la tumeur. A la première aspiration qui précède l'injection (1 à 2 cent. de morphine), on retire quelques gouttes, mais dans les suivantes, on retire deux à trois seringues d'un liquide sanguinolent, renfermant un peu d'albumine et de très-petites cellules rondes, granulées. On n'y découvre ni épithelium aplati ni *lanugo*.

A la suite de ces injections répétées il y eut disparition des douleurs et diminution de la tumeur.

Le 20 mai il y eut exacerbation, retour des hémorrhagies, accidents qui durèrent jusqu'au 22 juin, mais sans grande intensité. Le 23 juin au soir, accidents péritonitiques, hémorrhagie utérine ; à la suite amaigrissement, perte de l'appétit, anémie extrême, exacerbation vespérale et sueurs nocturnes coïncidant avec une fluctuation de la tumeur abdominale.

Le 7 août on aspire 850 grammes d'un liquide jaune rouge, à réaction neutre, très-riche en albumine et renfermant des caillots de fibrine volumineux : on y trouve des cellules arrondies, des corpuscules rouges du sang, mais pas d'éléments épithéliaux. A partir de cette dernière opération l'état général s'améliore comme l'état local ; les règles se rétablissent et le 8 novembre, lors du dernier examen, la tumeur est réduite au volume d'une noisette (Cohnstein *Arch. f. Gyn.* XII. p. 355).

Par le résumé de cette observation, on voit combien a été laborieuse la cure. Il n'a pas fallu moins de cinq mois pour arriver à la guérison, bien que la première ponction ait été faite dès le troisième mois de la grossesse présumée. Quant au diagnostic porté, il paraît très-vraisemblable et c'est tout ce qui peut être dit à son endroit. Enfin, à l'égard du traitement, il suffira de rappeler que c'est là la seconde tentative de ce genre, la première ayant été faite en 1864 par le même médecin. Elle réussit également, mais il convient d'ajouter que l'intervention avait eu lieu à la troisième semaine de la grossesse, circonstance qui à mes yeux explique la rapidité de la guérison en même temps qu'elle diminue la valeur du diagnostic porté.

A en croire d'autres, le traitement des grossesses extra-utérines par la méthode de Duchenne serait préférable ; il donne-

rait des résultats plus rapides et presque aussi certains puisque, mis à contribution dans 5 cas, il aurait procuré 4 guérisons. Par malheur, les faits suivants qui ont été traités par cette méthode ne nous sont qu'imparfaitement connus et motivent une certaine réserve.

OBS. II — *Grossesse tubo-abdominale probable, guérie par la faradisation.*

Une multipare qui au milieu de douleurs indicibles était parvenue à la fin du troisième mois fut examinée avec la sonde utérine. L'utérus fut trouvé long de 8 pouces et 1/2 et à la suite de cette exploration une caduque complète est expulsée. Vu les résultats toujours malheureux qui suivent l'extraction du fœtus, soit par le vagin, soit par l'abdomen, vu surtout les dangers amenés par le développement du sac fœtal et la possibilité de sa rupture, *Lovring* et *Landis* se décidèrent à attaquer le sac par des courants interrompus.

On employa un courant de force médiocre : l'un des électrodes fut porté au fond du vagin pendant que l'autre était appliqué sur le bas-ventre. Le traitement fut continué pendant dix jours et consista en huit séances de quinze à quarante-cinq minutes de durée. Chaque application provoqua des douleurs locales, des contractions marquées de l'utérus et de la tumeur, des menaces de syncope, mais les accidents se dissipaient rapidement.

Quatorze jours après la dernière séance, la menstruation se rétablit. A ce moment l'utérus qui avait en dernier lieu 4 pouces 1/2 de longueur avait repris son volume normal. Quant au kyste il était diminué et était seulement senti par le vagin (*Ohio méd. a surg. Journal*, octobre 1877).

Plus détaillée est l'observation de M. Burney, mais cependant elle est loin d'être irréprochable. L'expulsion du fœtus par les voies naturelles est une circonstance si insolite dans ces sortes de grossesse — elle n'a été jusqu'à présent observée qu'une ou deux fois — qu'on s'expliquera les légitimes réserves avec lesquelles est relaté ce fait. On se demande si le courant galvanique n'a pas provoqué un avortement utérin.

OBS. III. — *Grossesse tubo-interstitielle? Mort du fœtus provoquée par l'électricité ; expulsion du fœtus par l'utérus ; guérison.*

Mme X. . ., mariée depuis peu, toujours bien réglée, a vu pour la dernière fois du 1er au 5 octobre 1877. Au milieu d'octobre, seins gonflés et troubles gastriques. Du 22 novembre au 20 décembre, hémorrhagies utérines de quantité médiocre mais à retour fréquent. A l'examen pratiqué le 25 décembre, on trouva par le palper abdominal, au côté gauche de l'utérus au niveau du détroit supérieur, une tumeur du volume d'un œuf, douloureuse à la pression; on ne pouvait sentir le fond de l'utérus. Par le toucher vaginal on constatait que l'utérus était porté à droite, et très-médiocrement hypertrophié. A gauche du col on sentait une tumeur fluctuante, douloureuse à la pression. Le col avait l'apparence d'un col d'utérus vide et la sonde utérine pénétra d'une longeur de 3 pouces 1/8. Burney diagnostiqua une grossesse extra-utérine et ce diagnostic fut admis le 3 janvier par les docteurs Thomas et Emmet. En conséquence on décida d'amener la mort du fœtus par le courant galvanique.

L'appareil employé était composé des éléments zinc et charbon immergés dans un mélange d'acide sulfurique et de bichromate de potasse. L'électrode négatif fut introduit par l'anus sur la face rectale de la tumeur, l'électrode positif était une large éponge humide appliquée sur l'abdomen au niveau de la tumeur. Le courant formé de 17 éléments à interruption brusque (120 par minute) fut employé 3 minutes le premier jour et causa de vives douleurs et des contractions dans les muscles de l'abdomen et des cuisses. Le lendemain on employa pendant deux minutes 18 à 23 éléments : à la suite vives douleurs dans la fosse iliaque droite, nausées, vomissements et léger écoulement de sang. Le 3e jour, le ventre était dur, la tumeur très-douloureuse, le pouls petit et faible. A 10 heures 1/2, l'hémorrhagie jusqu'alors médiocre devint profuse ; la tumeur gauche avait presque complétement disparu et l'utérus sur la ligne médiane arrivant à 2 pouces du nombril avait le développement qu'il a du troisième au quatrième mois. Le toucher fit reconnaître une poche tendue, résistante, faisant saillie à travers un col dilaté : on rompit les membranes et aussitôt un fœtus mort d'environ trois mois fut expulsé. Le placenta suivit au bout de vingt minutes et l'utérus revint sur lui-même. Aussitôt après l'expulsion du fœtus on constata à gauche du fond de l'utérus, à l'en-

droit où était la tumeur, un épaississement. Un mois plus tard le fond était normal et on ne trouvait à gauche aucune trace de tumeur. (*New-York méd. Journal*, mars 1878; *Revue des sciences médicales*, t. XII, p. 216; *Centralblat f. Gyn.* 1878, p. 357).

La ponction du sac fœtal, employée avec succès par Basedow et Kiwisch, par Martin (*Mon. f. Geburtsk.* XXI et XXXI), Stoltz (*Gaz. méd. de Strasbourg* 1866), Greenhalgh (*Lancet*, mars 1867) et Kœberlé, a au contraire échoué en d'autres mains et notamment à Breslau dans un cas relaté avec force détails par Fraenkel (*Arch. f. gyn.* t. XIV, p. 201). Pour ne pas donner à cette revue un trop grand développement, je m'abstiendrai de relater cet insuccès et exposerai un nouveau cas de succès peu connu en France. Il nous servira de transition, car c'est un exemple d'intervention tardive.

Obs. IV. — *Grossesse extra-utérine ancienne; ponction abdominale; dilatation de l'ouverture; extraction du fœtus par morceaux; guérison.*

Une femme de 40 ans, ayant eu 8 enfants à terme et 4 avant terme et n'en ayant nourri aucun, devint enceinte pour la treizième fois. Au 9e mois, hémorrhagie utérine et consécutivement établissement de la secrétion lactée comme après l'accouchement. Pendant un an, les règles revinrent normalement puis s'interrompirent pendant cinq mois. En ce moment, hémorrhagie utérine considérable, fœtus descendu dans le méat dilaté qui fut extrait avec l'arrière-faix. A la suite de cet avortement, on constate dans la région ombilicale une tumeur partant du bas-ventre qui, ponctionnée avec le trocart, donne un peu de liquide amniotique. Avec des tiges de *laminaria* on dilate l'ouverture et on fait dans la cavité des injections phéniquées; on élargit ensuite avec le bistouri et on extrait le fœtus par morceaux. La femme se rétablit lentement. (Stickl, *Bayr. artzl. Intell. — Blatt* 1877, n° 16).

La ponction du sac a été faite à travers la *cavité utérine* dans un cas jusqu'à présent unique et qui à ce titre mérite d'être rapporté avec quelques détails. C'est un beau et magnifique succès et la conduite de Gilbert me paraît devoir être proposée pour

exemple dans les cas analogues. Assurément il y a moins de dangers à ouvrir cette voie au fœtus extra-utérin qu'à pratiquer la laparotomie, mais il va de soi que tous les cas ne sont pas susceptibles d'une semblable intervention.

Obs. V. — *Grossesse extra-utérine interstitielle arrivée au huitième mois; incision de la paroi utérine, expulsion d'un enfant vivant; guérison.*

Une femme de 37 ans, ayant eu 3 enfants et 4 fausses couches, et sujette depuis cinq ans à des hémorrhagies rectales, eut ses dernières règles vers le milieu de novembre 1875. Au mois de février 1876 elle éprouva quelques sensations étranges et se crut enceinte. Vers la fin de mai elle sentit un léger mouvement dans l'abdomen. Le développement du ventre était cependant à peine perceptible. Examinée pour la 1re fois le 11 juin, il fut trouvé dans le ventre une tumeur de la grosseur d'un utérus gravide de 5 mois. Cette tumeur était évidemment l'utérus situé très-profondément dans le bassin, et un peu à droite; à l'auscultation on entendait les bruits du cœur fœtal. Le 25 juin et le 2 juillet la malade eut quelques douleurs qui revinrent toutes les nuits jusqu'au 10 juillet. Les douleurs devinrent alors plus fortes et s'accompagnèrent de contractions utérines. Quoi qu'elles se fussent accrues le lendemain, le col cependant ne se dilatait pas. A droite du col, on sentait parfaitement la tête du fœtus situé dans l'intérieur de l'utérus.

Par l'orifice du col, le doigt pénétrait sans obstacle dans la cavité utérine; à gauche le tissu de cet organe paraissait être celui d'un utérus non gravide, mais à droite, immédiatement en dedans et sur le bord de l'orifice du col, on sentait distinctement la tête fœtale recouverte par une mince membrane muqueuse qui semblait participer jusqu'à un certain degré aux contractions de l'utérus. Le Dr Gilbert voyant qu'il avait à faire à une grossesse interstitielle, prit un scarificateur utérin de Miller, le glissa le long du doigt jusque dans l'intérieur du col et incisa la cloison dans l'étendue d'un pouce environ. Cette opération fut suivie d'une légère hémorrhagie, mais les douleurs cessèrent et la nuit fut tranquille. Le lendemain la tête fœtale se présentait au méat recouverte par les membranes et l'accouchement se termina le 14 juillet, à 11 heures du matin.

L'enfant pesait quatre livres et mourut six semaines après d'inani-

tion. Le liquide amniotique était peu abondant, le placenta et le cordon normaux. La mère se rétablit au bout de cinq semaines, mais la menstruation avait reparu trois semaines après l'accouchement Dr Gilbert, *Boston méd. a. Surg. Journal*, 3 mars 1877. *Revue des sciences médicales*, XI, p. 597).

Malgré quelques lacunes regrettables, cette observation a une importance considérable; elle offre, dans le traitement des grossesses interstitielles, une ressource dont le cas échéant il pourrait être usé.

L'*incision du vagin* ou *élythrotomie* a été employée tantôt dans les premiers mois de la grossesse, tantôt peu avant le terme, avec des résultats assez satisfaisants pour la mère puisque les cas anciens donnent 12 guérisons pour 4 décès. Les faits recueillis pendant la période que j'envisage ont été moins heureux. Muller (*Charité Annalen*, 1877 p. 392) a relaté l'autopsie d'une grossesse datant de 4 ans qui avait été traitée par l'incision de la paroi vaginale postérieure. Dans le cas de Schrœder (Berlin. Klin. Woch. 1876, p. 964), dans lequel un fœtus macéré avait été extrait par une opération analogue, il resta une fistule recto-vaginale. On fut plus heureux dans le fait suivant qui à ce titre sera exposé avec quelques détails.

Obs. VI. — *Grossesse extra-utérine ; opération par le vagin ; guérison.*

Une femme de 25 ans arrivée au terme normal d'une seconde grossesse fut prise de douleurs qui persistèrent pendant cinq jours. Après avoir attendu pendant un mois, on se décide à tenter l'extraction. Le doigt servant de guide, on fait sur le vagin une longue incision antéro-postérieure qui divise cet organe dans toute l'étendue de la tumeur. On reconnaît alors qu'une véritable membrane enveloppe le fœtus qui incisée donne passage à une assez grande quantité de pus. La tête fœtale mise à nu est alors saisie avec le forceps, l'extraction se t avec lenteur; pour éviter la rupture du cou, on appliqua dès u'on le put le forceps sur le tronc. Le fœtus, bien que macéré, fut retiré entier. Le placenta laissé à lui-même fut éliminé le lendemain. Les suites furent des plus simples ; fièvre modérée, pas de réaction abdo-

minale, écoulement purulent et fétide, modifié par les injections phéniquées. L'opération eut lieu en février 1877 et dix mois après une nouvelle grossesse était probable. (Hancock Wathen, *Méd. Times at Gaz.* 1877, t. I, p. 641).

Gastrotomie ou *laparotomie*. — Depuis le 20 août 1559, jour où la première opération de ce genre a été pratiquée, elle a été si souvent répétée qu'il faudrait plusieurs pages pour énumérer tous les cas qui ont été publiés. Qu'il suffise de dire que j'en ai relevé une centaine d'observations ayant tous les caractères d'une sérieuse authenticité et encore je ne comprends pas dans ce nombre les opérations précédées par l'application des caustiques.

De ces opérations, les unes ont été faites au 6e mois, comme dans le cas de Wilson, au 7e mois comme dans le cas de Hooper, mais à mon sens ce sont là des exemples d'intervention prématurée et il serait sage de n'intervenir que dans deux conditions, c'est-à-dire lorsque l'enfant vit au début du faux travail ou bien lorsque mort il est devenu une menace pour l'existence de la mère. Partant, on a deux divisions logiques, la gastrotomie *primitive* et la gastrotomie *secondaire*.

La gastrotomie primitive est sans contredit la seule qui permette d'espérer de sauver la vie de l'enfant ; mais protège-t-elle au même degré l'existence de la mère, c'est ce qu'il convient d'examiner. Abstraction des deux cas précédents qui doivent être élagués, de ceux de Schreyer (*M. f. Geb*, XIV, 283) et de Zwanck qui concernent le même sujet et ont été comptés comme double, de celui de Ramsbotham-Adams qui doit être rangé parmi les gastrotomies secondaires, de celui de Ring cité par Keller, qui n'est autre que celui de Knight et appartient par suite à la vaginotomie, on a un total de 20 cas qui donne 16 décès pour la mère et 12 décès pou l'enfant. Assurément c'est là un résultat médiocrement satisfaisant, mais il convient d'ajouter qu'il y a deux opérations faites *in extremis* et que le cas auquel fait allusion Gardien n'est poi t un succès comme l'a admis Keller d'après la version de cet auteur, mais un véritable insuc-

cès d'après la version de Baudelocque, contemporain du fait. Murat (*Dict. des sc. med.*, t. XIX p. 411) comme Gardien a dû être induit en erreur par la première édition (p. 336) de Baudelocque, mais s'il avait lu la troisième (t. II, p. 462), il aurait parlé différemment. Voici en effet ce qu'on y trouve : « L'Académie de chirurgie, toujours occupée des progrès de l'art, n'aurait « pas manqué de publier dans ces détails un de ces faits qui lui « avait été communiqué en 1779 si elle eût subsisté quelques « années de plus. La femme qui fait le sujet de cette observation « était grosse de deux enfants : elle accoucha heureusement du « premier et 36 *jours* après on lui fit l'opération césarienne « pour la délivrer du second. Elle a survécu 5 heures à l'opéra- « tion et l'enfant 3 heures seulement. » On le voit, avant d'admettre la réalité d'un succès, il est bon de puiser à toutes les sources ; c'est la seule manière d'éviter une erreur toujours regrettable.

En somme, la gastrotomie au terme de la grossesse a donné des résultats médiocrement encourageants, mais pourtant à l'heure d'aujourd'hui elle s'annonce sous de meilleurs auspices. Telle est du moins l'impression qui ressort des faits récemment publiés.

Obs. VII. — *Grossesse extra-utérine arrivée à terme* ; *opération* ; *mort de la mère et de l'enfant.*

Une femme de 38 ans, ayant eu 8 enfants, a été depuis ses dernières règles prise de douleurs et de malaises insolites. Ceux-ci reviennent tous les huit jours et s'accompagnent d'hémorrhagie utérine.

Malgré ces accidents, la grossesse suit son cours et de chaque côté de l'utérus qui est vide, on constate une tumeur. La tumeur gauche qui s'élève jusqu'au nombril contient le fœtus et fait percevoir les battements du cœur ; quant à la droite qui est moins élevée, elle correspond au placenta ainsi que l'établit l'autopsie.

Après deux mois d'observation, les douleurs prirent une telle acuité qu'il fallut recourir à l'opération. Après une incision médiane longue de 6 pouces, on trouva un kyste fœtal recouvert en haut par l'épiploon. Le placenta s'insérait à droite ; l'hémorrhagie peu considérable fut

arrêtée par deux points de suture. Le cordon fut fixé à l'angle inférieur de la plaie et un tube de drainage fut placé. Le traitement ultérieur consista en injections morphinées et au nettoiement au moyen d'une seringue du contenu du tube de drainage.

L'hémorrhagie devint si forte dans le cours des premières vingt-quatre heures que l'opérée succomba le 2e jour. L'enfant, du sexe féminin, était à terme et mourut au bout de six heures.

La paroi kystique était rompue en plusieurs endroits ; le placenta en voie de décomposition s'insérait sur l'ovaire droit qui ne fut pas retrouvé. L'utérus était hypertrophié (H. Gervis. *British Med. Journal*, 22 décembre 1877.

Spiegelberg, dont j'ai traduit l'observation (*Ann. de Gyn.*, X, p. 17), a fait *in extremis* une opération analogue, mais il a eu du moins le bonheur de sauver l'enfant. L'enfant était mort au moment de l'opération faite par Gusserow, mais nonobstant il a sauvé la mère.

Obs. VIII. — *Grossesse abdominale, mort du fœtus au huitième mois, laparotomie un mois après, guérison.*

Une femme de 34 ans, qui lors de son quatrième et dernier accouchement avait eu à la fois une para et une périmétrite terminées par résorption, eut ses dernières règles le 27 mai 1876. Devenue enceinte immédiatement après, elle offrit pendant toute la durée de la grossesse des symptômes de péritonite. Le 3 décembre les mouvements de l'enfant cessent d'être perçus et le 7 janvier suivant, lorsqu'on pratiqua la laparotomie, l'épuisement de la malade était extrême.

A la ligne blanche, le sac fœtal fut facile à séparer des parois abdominales, mais en tirant sur le premier il s'écoula 900 grammes de sérosité sanguinolente. Le fœtus macéré, pesant 1750 grammes et ayant 44 centimètres en longueur fut facilement extrait. Après la ligature, une traction sur le cordon montre que le placenta était encore fortement adhérent. La partie gauche du sac fœtal qui n'adhérait point à la paroi abdominale antérieure fut suturée au bord gauche de la plaie avec des cordons de catgut. Sur ces entrefaites il jaillit du fond de la cavité fœtale un liquide sanguinolent et dans les efforts de vomissement de la malade profondément narcotisée, les in-

testins viennent presser contre le sac et en font redouter la rupture. Le sac est nettoyé; quelques débris de membranes et deux anciens caillots volumineux en sont extraits : il représente alors une cavité remarquablement petite avec parois raides, surtout en bas et à droite où le placenta s'insère. La plaie abdominale fut fermée en grande partie avec le catgut ; on laissa seulement en bas une ouverture de 5 centimètres, par laquelle on fit sortir le cordon et on fit pénétrer dans le sac un tube de drainage et quelques bandes de gaze. L'opération faite d'après la méthode de Lister dura 30 minutes en tout et l'opérée perdit très-peu de sang.

Les deux premiers jours se passèrent bien, mais malgré les injections phéniquées, le sac suppura, la fièvre s'accrut et la température s'éleva (39°0 M. 40 S.). Au neuvième jour, comme la cavité recto-utérine s'était débarrassée du tissu placentaire, on le ponctionna et on établit un tube de drainage. Bref, après une série de péripéties, l'opérée quitta le lit le 20 février et la plaie abdominale était complétement cicatrisée le 27 mars. Malheureusement la phthisie, qui existait avant l'opération, fait des progrès lents mais constants (Gusserow, *Archiv. f. Gyn.*, t. XII, p. 75).

Vu les mauvaises conditions dans lesquelles se trouvait cette femme au moment de l'opération, ce succès est vraiment remarquable, aussi me suis-je cru obligé d'entrer dans quelques détails. Le cas de Jessop dans lequel la mère et l'enfant ont été conservés a été encore plus heureux, mais comme il a été relaté dans ce recueil (t. X, p. 76), je m'abstiendrai naturellement de le reproduire.

A cette catégorie se rattache encore l'observation suivante, mais comme elle était frappée d'avance d'insuccès vu la mort préalable du fœtus, elle sera relatée en quelques traits.

Obs. XI. — *Grossesse de l'ovaire parvenue au sixième mois, fœtus mort, gastrotomie, mort de l'opérée le lendemain.*

Le 21 juin 1877, entra à l'hôpital de Middlesex, une femme de 27 ans se disant à sa première grossesse.

Les dernières règles se sont montrées le 24 décembre dernier et depuis il y a eu douleur dans le côté gauche. Trois semaines plus

tard, il est apparu dans la région iliaque gauche une tumeur qui d'abord petite est allée s'accroissant peu à peu. Actuellement elle est bien circonscrite mais on n'y découvre ni bruit de souffle, ni battements de cœur fœtal. Le méat utérin était mou, ouvert au point d'admettre le doigt qui constate la vacuité de l'utérus.

Le pouls était fréquent et la température élevée.

Sur ces données, on pratiqua l'opération le 25 juin.

Le sac, libre en avant, adhérait en arrière avec l'intestin. *L'incision porta sur le placenta* et un fœtus mort fut extrait. Le placenta fut décollé et extrait. Quant aux bords du kyste, ils furent suturés avec les parois de l'abdomen.

L'opérée succomba le deuxième jour.

La tumeur fœtale occupait la place de l'ovaire gauche dont on ne put découvrir trace, mais par contre la trompe de Fallope en était tout à fait indépendante. Sur quelques points du kyste, il existait des fibres musculaires en quantité considérable. Pas traces de péritonite, mais tuberculose aiguë des poumons. (Hall Davis et M. Lawson. *The Lancet*, 14 juillet 1877, et *Obstetrical Journal of Great Britan.*, août 1877, p. 347).

Si le diagnostic a été pleinement justifié, la conduite des opérateurs a de moindres droits à notre approbation ; on est fondé à leur reprocher d'avoir pratiqué l'incision sur le placenta et surtout de n'avoir pas confié à la nature le détachement de l'arrière-faix. C'est du moins ce qui doit être fait en pareille occurrence et on ne saisit pas les raisons qui ont pu motiver cette infraction à une règle justifiée par la pratique.

En résumé, la gastrotomie primitive a donné jusqu'ici des résultats médiocres ; cependant les cas publiés dans ces deux dernières années, les progrès réalisés dans la technique opératoire font espérer qu'elle ne sera pas toujours aussi défavorable. Pour parvenir à ce but, s'il convient de multiplier les précautions, il importe aussi d'opérer de bonne heure et de ne pas attendre épuisement des forces pour intervenir. On choisira de préférence le terme de la grossesse ou au plus tard l'apparition du faux travail, car alors on a toutes les chances pour obtenir un

enfant vivant et on se trouve dans les meilleures conditions pour conserver la vie de la mère.

La gastrotomie *secondaire* dont il nous reste à parler a pour visée de soustraire la femme aux conséquences résultant du séjour plus ou moins prolongé du fœtus mort, c'est-à-dire de prévenir, avec la rupture du kyste, la péritonite, la suppuration, la septécimie, l'urémie, etc., etc., et les accidents de tout genre qui menacent la pauvre malheureuse. Par suite de l'état des parois kystiques et du placenta, elle offre moins de gravité que la gastrotomie primitive, mais cependant elle est loin d'être tout à fait inoffensive.

Obs. X. — *Grossesse abdominale, laparotomie* 32 *mois après, mort le cinquième jour par épuisement*

Une femme de 36 ans, mère de deux enfants, avait eu une métro-péritonite il y a treize ans à la suite de la seconde couche. Devenue grosse en 1874, elle eut pendant les trois ou quatre premiers mois des hémorrhagies périodiques par le vagin. Elle cessa de percevoir les mouvements du fœtus le 25 février 1875, et éprouva le 10 mars les douleurs expulsives.

Pendant plus de deux ans, elle se trouva parfaitement bien, lorsqu'en août 1877, à la suite d'un violent effort pour éviter une chute, elle ressentit de vives douleurs dans l'hypogastre gauche. A la suite le bas-ventre s'accrut et acquit des dimensions colossales, la fièvre hectique survint et les forces déclinèrent peu à peu ; bref la mort était imminente lorsque le 8 novembre 1877 on fit la laparotomie d'après le procédé habituel.

La cavité abdominale renfermait une grande quantité de liquide vert foncé. Le fœtus non décomposé et fortement serré dans les membranes fut extrait avec facilité ; quant au placenta, qui s'insérait à droite sur l'utérus, la vessie et l'entrée du petit bassin, il fut laissé en place. Après avoir procédé à la toilette de la cavité abdominale, placé une forte ligature de soie sur le cordon qui fut coupé près du placenta et dont le reste fut fixé à l'angle inférieur de la plaie, on fit la suture des parois de l'abdomen.

Quoique l'opération tout entière ait été finie en vingt minutes, l'o-

pérée succomba le cinquième jour à l'épuisement des forces. (*W. B. Byford. Chicago medical Journal. a. Examin.*, février 1878.

Dans les remarques qui suivent cette observation, l'auteur fait ressortir deux points étiologiques : 1° l'existence d'une métro-péritonite qui a amené vraisemblablement l'oblitération de la trompe droite et par suite favorisé la production de la grossesse extra-utérine; 2° l'effort effectué en 1877 qui n'a pas été étranger au déplacement du fœtus qui antérieurement libre et flottant est alors sorti de son sac et a provoqué la péritonite et l'ascite consécutives. Si je n'hésite pas à donner mon approbation à ces remarques, je ferai mes légitimes réserves à l'endroit de l'opération qui a été faite *in extremis*. Assurément une intervention plus opportune, et notamment au moment où les accidents se sont développés, eût donné un tout autre résultat. Nul doute qu'alors on n'eût rencontré un état général plus satisfaisant, et partant on se fût trouvé dans des conditions meilleures pour sauver l'opérée.

Enfin, en Allemagne, deux insuccès ont été constatés. Le premier publié par Muller (*Charité annalen*, 1877, p. 397, et le second par Martin, *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1878, n° 16). Dans ce dernier cas le colon était gangrené; on dut en faire la résection et pratiquer la suture de l'intestin.

A. Martin a été plus heureux dans un autre cas (*Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie*, t. III, p. 398) et a extrait avec succès un *lithopœdion*. Il s'agit d'une femme de 37 ans qui depuis cinq ans éprouve de temps à autre de médiocres douleurs dans le bas-ventre causées par une tumeur piriforme, du volume du poing d'un adulte, développée dans le ligament large du côté droit. Au premier abord on avait pensé à un kyste dermoïde ossifié, mais la coupe établit que c'était là un enfant pétrifié (*Steinkind*). Il était arrivé au quatrième mois de la grossesse et se serait développé primitivement dans la trompe droite jusqu'à ce que par la rupture des parois il serait passé dans la cavité abdominale. A l'appui de cette manière de voir, Martin invoque le siège insolite de la tumeur, son peu de développe-

ment, les médiocres adhérences qui l'accompagnent et le peu de douleur qu'elle a causée. Pour le dire en passant, ce cas est unique en son genre.

Obs. XI. — *Grossesse abdominale, laparotomie au vingt-sixième mois, guérison.*

Une négresse, 30 ans, ayant eu quatre enfants et une fausse couche devint enceinte pour la sixième fois. Dix jours après le terme normal de la grossesse, les douleurs s'établirent accompagnées de métrorrhagie, mais naturellement elle n'aboutirent pas. En même temps les mouvements de l'enfant s'arrêtaient. L'état général est assez bon, mais à la fin le retour fréquent des douleurs abdominales et pelviennes épuisèrent les forces. Bref, vingt-six mois s'étaient écoulés depuis la conception lorsque le Dr *James H. Southal*, de Little Rock, dans l'Arkansas, entreprit l'opération. Le fœtus était enkysté dans la cavité abdominale ; il était fortement adhérent et dut être extrait par morceaux. Les parois du sac furent suturées avec les parois de l'abdomen ; un tube de drainage fut établi à l'angle inférieur de la plaie, et des injections désinfectantes furent faites dans la cavité. Peu à peu la cavité se ferma. La guérison fut complète (James H. Southal. *Virga med. Monthly*, septembre 1877.

Cette observation ne saurait motiver de longs commentaires ; c'est un succès signalé obtenu dans des conditions assez défavorables. On peut objecter, il est vrai, qu'il s'agit d'une négresse et que les personnes de cette race offrent une résistance plus grande aux traumatismes étendus, mais cette objection ne saurait être de mise en présence du cas suivant recueilli dans le Wurtemberg.

Obs. XII. — *Grossesse ovarique probable combattue sans succès par les injections hypodermique de morphine, laparotomie au onzième mois. Guérison.*

Une femme, accouchée trois ans avant, devint enceinte à la fin de mars. En avril et en mai, à l'époque menstruelle, douleurs abdominales

sous forme de coliques et à caractère péritonique faisant penser à une ovarite. Concurremment l'ovaire droit était hypertrophié, douloureux et flanqué d'une seconde tumeur peu marquée. Les coliques abdominales extrêmement douloureuses furent calmées par les injections de morphine. A la fin de juillet écoulement de pus par le vagin et à la suite la région ovarique droite devint exempte de douleurs, mais resta toujours tendue par l'accroissement de la seconde tumeur.

En septembre, les accès de douleurs se reproduisirent avec une intensité nouvelle ; au milieu de ce mois, on constata un bruit de souffle et à la fin, les battements du cœur fœtal furent découverts dans le bas-ventre et confirmèrent le diagnostic de grossesse extra-utérine (ovarique probablement). La portion vaginale de l'utérus était tellement portée en arrière qu'on ne pouvait introduire la sonde utérine. En novembre, les battements du cœur fœtal disparurent, et à trois reprises, il survint une hémorrhagie abondante par le vagin. En janvier et février, douleurs continuelles demandant l'emploi journalier des injections morphinées.

Le 7 février, incision sur la ligne médiane, sac complétement adhérent aux parois abdominales : après l'écoulement des eaux teintes de méconium, extraction d'un garçon de 6 à 7 mois, ratatiné et amaigri ; sur l'endroit où était perçu le bruit de souffle il y avait un placenta, épais d'un centimètre et exsangue. La fièvre fut médiocre ; le sac traité par les injections phéniquées suppura longtemps. En avril la fistule avait encore 10 centimètres de profondeur. Six semaines après, retour de la menstruation. Guérison complète au bout de neuf mois, (Messner, *Médicin. Corr. Bl. f. Wurtemberg*, t. XLVI, n° 37, 1877).

Non moins significative est l'observation de Benicke qui a été publiée avec un grand luxe de détails. Pour ne pas donner à cette revue une trop grande étendue je vais m'attacher à en reproduire les traits principaux, laissant dans l'ombre les points sans importance ou déjà connus. C'est le seul moyen d'éviter la monotonie inévitable en pareille occurrence.

OBS. XIII. — *Grossesse ovarique probable. — Laparotomie. — Guérison.*

Une femme de 33 ans, ayant eu trois grossesses, la dernière il y a cinq ans terminée par un avortement suivi de périmétrite, eut ses

dernières règles au commencement de février 1877. La grossesse est normale ; les mouvements du fœtus sont perçus jusqu'au 22 octobre, jour où cette personne est prise de douleurs abdominales très-vives à caractère expulsif bientôt suivies de péritonite assez intense.

A la fin de décembre, le ventre a les dimensions qu'il a au huitième mois de la grossesse et renferme une tumeur paraissant dépendre de l'ovaire. L'utérus, placé en avant, a 9 centimètres de longueur : à gauche existe une fluctuation nette, à droite une surface inégale. Les seins secrètent du lait et la femme dépérit rapidement.

La laparotomie est pratiquée le 28 décembre sous le brouillard phéniqué (*Carbolspray*). Le kyste, libre à gauche, offre à droite des adhérences récentes, faciles à rompre à la paroi abdominale antérieure, mais très-résistantes au bassin. En ouvrant le kyste développé entre les feuillets du ligament large droit, on en extrait un fœtus féminin pesant 778 grammes et ayant 35 centimètres de longueur, à tête complétement ratatinée, à téguments plissés et recouverts de dépôts granuleux.

Le placenta inséré sur la paroi interne du kyste qui regarde le diaphragme est détaché sans hémorrhagie ; il pèse 830 grammes, présente à sa surface de nombreux caillots décolorés et à la coupe de petits foyers apoplectiques. Les portions du kyste enlevées pèsent 235 grammes et ont un centimètre d'épaisseur. La partie profonde du kyste est laissée dans le ventre et réunie par 20 points de suture à la plaie abdominale.

Pansement phéniqué, puis chloré. Fièvre modérée, appétit bon, miction et garde-robes spontanées, guérison. (Benicke, *Berlin. Klin. Wochenschrift* 1878, p. 183).

Quoique l'extraction du placenta n'ait pas eu ici les inconvénients signalés dans d'autres cas, on ne se croit pas autorisé à recommander cette pratique. Les faits déposent contre elle et les inconvénients du séjour placentaire peuvent être avantageusement combattus par le drainage et les injections antiseptiques. Ces dernières ne sont pas du reste absolument indispensables puisqu'on s'en passa dans le cas suivant. Malgré cette négligence volontaire, le rétablissement ne se fit point attendre tant il est vrai que l'état général a une influence considérable sur la marche de la cicatrisation.

Obs. XIV.

Une femme de 35 ans, mariée depuis 15 ans et restée stérile, eut ses dernières règles en avril 1877. Aussitôt se montrèrent les symptômes de grossesse et à la sixième semaine il y eut une forte métrorrhagie avec expulsion d'une membrane (caduque). Au 30 juin, violentes douleurs dans le bas-ventre, collapsus, péritonite, puis amélioration graduelle quoique pendant toute la durée de la gestation il y ait eu des douleurs plus ou moins fortes dans le bas-ventre. Les mouvements de l'enfant sont ressentis en arrière vers le rectum, parfois dans la région vésicale ; ils cessèrent le 10 janvier 1878 peu avant le terme normal de la grossesse. Au 1er février, retour de la menstruation qui fut régulier jusqu'au 18 mai, jour où la laparotomie fut pratiquée.

L'état général de l'opérée était excellent, sauf l'inquiétude inhérente à sa situation.

L'enfant était contenu dans une cavité artificielle presque complètement close ; pourtant au fond de cette cavité il y avait une petite ouverture par laquelle une anse intestinale se montrait. L'enfant fut facilement extrait ; le cordon fut coupé et laissé pendant à l'angle inférieur de la plaie sans toucher au placenta. Un tube de drainage fut placé, mais on ne recourut point aux antiseptiques et on ne fit aucune injection dans la cavité. Evidemment il s'agissait d'une grossesse abdominale secondaire qui l'était devenue à la dixième semaine au moment du collapsus par la rupture de la trompe gravide.

Quant à l'opérée, elle se rétablit rapidement. Le cordon se détacha le sixième jour et la plaie donna pendant trois semaines un écoulement caséeux et purulent. (W. F. Atlee, *Amer. Journ. med. Scien.*, octobre 1878).

Dans le même recueil pour le mois de janvier 1879 se trouvent relatées trois observations de Gaillard Thomas. Comme elles ont été déjà publiées dans *American journal of obstetrics*, elles seront simplement indiquées dans leurs points principaux.

La première concerne une femme de 26 ans qui avait eu cinq ans auparavant un enfant et depuis deux avortements. Les accidents dataient de onze mois lorsqu'elle fut examinée et les

anamnestiques étaient tellement obscurs que le diagnostic de la grossesse anormale était loin d'être évident. A la suite de l'aspiration d'un liquide séro-purulent (8 litres) dans lequel on constata les soi-disants corpuscules ovariens, on reconnut dans la cavité péritonéale un corps mobile qui avait tous les caractères du fœtus. La laparatomie fut faite à raison d'accidents septiques. Le péritoine était très-épaissi. L'enfant du sexe féminin fût aisément extrait. Le cordon ombilical s'insérait d'une façon diffuse dans la fosse iliaque et il n'y avait aucune trace de placenta. Tube de drainage, suture à fil d'argent. Immédiatement après, le pouls et la température tombèrent. Grâce à des injections antiseptiques rendues nécessaires par des exacerbations de fièvre répétées tenant à l'accumulation du pus, l'opérée eut une convalescence assez rapide. La plaie abdominale resta ouverte pendant cinq semaines, mais le placenta fétide s'étant alors brusquement détaché et ayant été extrait, la cicatrisation se fit rapidement.

La seconde opération concerne une négresse, agée de 24 ans et ayant eu un enfant. La grossesse abdominale avait 17 mois de date et le liquide aspiré offrait les mêmes caractères que le précédent. L'enfant de sexe féminin pesait 9 livres; il était mort mais non ramolli; le cordon était court et le placenta inséré sur la paroi abdominale antérieure ne fut pas touché. La laparotomie dura 24 minutes. On fit des injections phéniquées après le 4e jour à raison de la putridité du pus. Le placenta se détacha par fragments le 14e, le 18e et le 22e jour. L'opérée retourna dans son pays au 40e jour avec un fragment de placenta et une plaie presque complétement cicatrisée.

La dernière opération a trait à une femme de 21 ans qui à la suite d'un premier accouchement avait eu un abcès pelvien. La dernière menstruation avait eu lieu au 15 juillet 1876. Au temps de l'accouchement, il y avait eu des douleurs et expulsion de quelques membranes par le vagin. Au quinzième mois environ, il s'établit par le vagin un écoulement fétide dans lequel se montrent quelques os. Peu à peu se montrèrent des symptômes de septicémie qui affaiblirent fortement le malade et obligèrent

de recourir à la laparotomie le vingt-deuxième mois. Le sac fœtal était adhérent à la paroi abdominale et ne communiquait point avec la cavité péritonéale. L'extraction des os du fœtus fut laborieuse, et en tirant sur l'un d'eux le sac se rompit et du pus s'épancha dans la cavité péritonéale. Ce pus était tellement fétide que les assistants eurent toutes les peines du monde à rester dans la chambre. On fendit alors la paroi postérieure du sac dans toute sa longueur et on projeta des antiseptiques dans la cavité abdominale. Tube de drainage, réunion de la plaie. Malgré ces conditions éminemment défavorables et grâce à l'emploi continu des antiseptiques, l'opérée était au bout de huit jours hors de danger et sa convalescence ne fut entravée par aucun accident.

On aurait encore à citer les succès obtenus par Agnello Leite (*Courrier médical*, 1877, p. 362), par Mac Dungall (*Gazette obstétricale*, 1877, p. 22), mais à quoi bon insister plus longtemps sur ce sujet. On a un nombre suffisant de faits sous les yeux et par conséquent on est en mesure de se former une opinion à l'endroit de la gastrotomie secondaire. Il est de toute évidence qu'elle offre moins de gravité que la gastrotomie primitive et donne des résultats d'autant meilleurs que l'opérée est moins profondément débilitée.

Si maintenant nous comparons les résultats de ces deux dernières années avec ceux obtenus dans les années qui ont précédé, nous serons amené à glorifier le présent au détriment du passé. Parry, qui a publié en 1876 une monographie sur le sujet, donne une liste de 40 opérations de ce genre dans laquelle on ne relève que 22 guérisons, tandis que d'après les observations invoquées ou consignées dans ce travail, il y a 8 guérisons pour onze opérations .Cette proportion de succès ira s'accroissant, il y a tout lieu de l'espérer, et grâce aux progrès réalisés dans la technique opératoire, les revers deviendront de plus en plus clairsemés. Mettant à profit l'expérience acquise, il faut opérer sous le brouillard phéniqué et pratiquer le moins possible les opérations *in extremis* ; il faut laisser à la nature l'expulsion du placenta, faire une toilette soignée de la cavité

abdominale, mettre le kyste en communication avec le dehors par un tube de drainage, etc.; bref, accumuler précautions sur précautions et grâce à leur concours méthodique l'avenir n'aura rien à envier aux résultats du temps présent.

REVUE CLINIQUE.

MATERNITÉ DE PARIS. — SERVICE DE M. TARNIER.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ABDOMINALE. MORT DU FŒTUS VERS LE SEPTIÈME MOIS. GASTROTOMIE. GUÉRISON.

Observation recueillie par M. **Ribemont**,
interne à la Maternité à Paris.

Bed... Henriette, 21 ans, piqueuse de bottines, admise à la Maternité, le 12 avril 1877, entre le 14 à la salle Sainte-Marguerite. Elle nous fournit sur ses antécédents les renseignements qui suivent : réglée à 11 ans, elle est devenue enceinte en 1872 et est accouchée en mars 1873 d'un enfant qui a vécu deux mois. Elle n'a pas allaité. Huit jours après son accouchement, elle perdit une notable quantité de sang au moment même où elle commençait à reprendre ses occupations. Les règles revinrent un mois après et continuèrent à se montrer régulièrement, jusqu'en août 1876, où elles apparurent pour la dernière fois du 4 au 8. A la fin du mois d'août surviennent des nausées, des envies de vomir qui font penser à la malade qu'une nouvelle grossesse commence. L'absence d'écoulement menstruel en septembre confirme ses soupçons. Au milieu du mois de septembre, éclatent des douleurs très-vives qui occupent tout l'abdomen. Ces douleurs, si intenses, que le plus léger contact, le poids d'une simple couverture étaient insupportables, ne s'accompagnèrent ni de vomissements, ni de nausées. La malade garda le repos au lit pendant quinze jours, et après ce temps dut attendre encore une dizaine de jours avant que la ma-

che lui fût possible. Elle ne reprit son travail que dans le courant d'octobre.

Les signes de grossesse deviennnent en octobre et en novembre de plus en plus probables. Développement de la région hypogastrique, augmentation de volume des seins, etc.

En décembre, nouvelle explosion de douleurs plus vives encore que la première fois, étendues à tout l'abdomen, mais plus marquées au niveau des régions hypogastrique et iliaque gauche. Ces accidents qui durent quatre jours seulement, ne s'accompagnent pas de météorisme. Pas de vomissements.

A la fin du mois de janvier, ou dans les premiers jours de février, Bed... perçoit nettement les mouvements actifs du fœtus. Les seins contiennent du lait.

Vers le 7 mars, survient un mouvement fébrile qui dure deux jours pendant lesquels ces mouvements d'abord désordonnés, cessent d'être perçus. A partir de ce moment, l'œuf dont la partie supérieure dépassait notablement le niveau de l'ombilic, diminue graduellement.

Bientôt la malade voit ses seins se flétrir, sans que cependant la sécrétion lactée se tarisse. Elle éprouve en outre la sensation « *d'une boule* » mobile dans l'abdomen, et qui se porte tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant le côté sur lequel se couche cette jeune femme.

Le 4 avril, Henriette Bed ., éprouve quelques douleurs lombaires, accompagnées de tiraillements dans les cuisses. Ces phénomènes qui habituellement précèdent chez elle l'écoulement menstruel durent jusqu'au 11. Ce jour là une certaine quantité de sang s'échappe par la vulve et quelques heures plus tard une masse charnue d'un blanc grisâtre est expulsée au milieu de douleurs assez vives. L'écoulement persistant le lendemain, Henriette Bed... entre à la Maternité. Conduite immédiatement à la salle d'accouchement par les élèves sages-femmes qui la croient en travail, elle y reste deux jours pendant lesquels elle expulse une autre masse de tissu que l'élève qui l'assistait prit pour un fragment de placenta et qu'elle n'eut pas soin de conserver.

La malade *n'accouchant* pas, et les douleurs provoquées par l'expulsion de ces masses charnues ayant cessé, Mme la sage-femme en chef fit passer la malade dans le service de M. le Dr Tarnier : c'est là que nous la voyons pour la première fois.

L'examen que nous pratiquons nous fait constater que l'abdomen est le siége d'une tumeur encore aussi volumineuse que l'est l'utérus distendu par une grossesse de cinq mois et demi à six mois. Cette tumeur située sur la ligne médiane remonte jusqu'à l'ombilic, elle est résistante, ses parois ne se laissent pas déprimer facilement; on sent cependant derrière elle un certain nombre de parties inégalement résistantes et non mobiles.

L'auscultation est absolument négative.

Le col utérin dévié fortement à gauche est ramolli, et l'on peut facilement faire pénétrer la phalange unguéale de l'index dans la cavité cervicale.

L'orifice interne est fermé.

Le corps de l'utérus, dont le fond est à droite, est couché horizontalement, et comme accolé à la partie inférieure de la tumeur qui refoule légèrement les culs-de sacs vaginaux.

L'utérus est immobile dans cette situation. Les seins contiennent un peu de lait. Le diagnostic porté par M. Polaillon qui suppléait alors M. Tarnier, diagnostic confirmé quelques jours plus tard par notre maître, fut: grossesse extra-utérine abdominale ; fœtus mort.

L'écoulement sanguin persiste jusqu'au 25 avril.

Du 26 avril au 2 mai, de vives douleurs se manifestent de nouveau. L'abdomen tout entier est devenu d'une grande sensibilité, celle-ci est plus marquée au niveau de la fosse iliaque gauche. Ces douleurs ne s'accompagnent pas de fièvre. Pas de vomissements. Léger météorisme. Constipation opiniâtre combattue par des lavements purgatifs.

Le 3 mai. La malade a, dans l'après-midi, pour la première fois, un violent frisson qui dure trois quarts d'heure. Pas de nausées. Sensibilité de l'abdomen surtout au niveau de la fosse iliaque gauche.

Le lendemain apparaissent tous les signes d'une péritonite ;

fièvre, ballonnement considérable de l'abdomen, douleurs, vomissements verdâtres, facies grippé.

La marche du pouls et de la température est la suivante :

Le 4.	Matin,	P. 128,	T. 39,2 ;	soir,	P. 140,	T. 39°,5
Le 5	—	129	39°	—	128	39°,2
Le 6	—	96	38°,6	—	112	39°
Le 7	—	104	39°	—	112	39°,2
Le 8	—	96	38°,2	—	100	38°,4
Le 9	—	80	37°,6	—	88	38°
Le 10	—	80	37°	—	84	37°,4

Le 10 mai les accidents se calment, l'abdomen diminue, et n'est presque plus douloureux.

Le 16 juin, les règles se montrent pour la première fois depuis le mois d'août.

Leur réapparition s'accompagne de symptômes de péritonite subaiguë.

La tumeur abdominale augmente, et sa partie supérieure arrive à dépasser de deux travers de doigt, le niveau de l'ombilic.

Le corps utérin est aussi plus volumineux.

L'écoulement menstruel ne dure que quatre jours. Une semaine après, le fond du kyste était redescendu au niveau de la cicatrice ombilicale. Celui ci paraît moins large et plus aplati.

L'état de la jeune femme s'améliore assez rapidement pour que le 26 juin elle puisse se lever et marcher un peu.

Mais le 16 juillet le retour des règles s'accompagne d'une nouvelle explosion d'accidents de péritonite; l'état général devient inquiétant. Une double congestion pulmonaire qui survient le 29, achève de détruire les forces de la malade que l'on a d'ailleurs grand'peine à alimenter.

Le 9 août, Henriette Bed... rend par l'anus une portion, sinon la totalité du cordon ombilical. Ce cordon long de 20 centimètres est un peu plus gros qu'un crayon. Il est peu altéré.

Les garde-robes sont examinées avec soin les jours qui suivent, mais on n'y trouve aucun débris fœtal.

Le toucher rectal ne permet pas d'arriver jusque sur le point qui a été le siége de la perforation.

A partir de cette époque l'état général devient de plus en plus mauvais.

Frissons répétés le soir, fièvre, amaigrissement considérable, anorexie, etc.

Le 10.	Matin, P. 124,	T. 38°,2 ;	soir,	P. 132,	T. 40°,5
Le 11	—	124	38°	—	136	40°,2
Le 12	—	120	38°,5	—	140	38°,9
Le 13	—	124	38°,6	—	132	40°,1
Le 14	—	120	38°,8	—	136	40°
Le 15	—	112	38°,6	—	124	38°,8
Le 16	—	120	38°,5	—	136	40°,1
Le 17	—	120	38°,2	—	124	38°,5
Le 18	—	112	38°,4	—	120	38°,9
Le 19	—	112	38°,2	—	124	38°,5
Le 20	—	108	38°,4	—	120	38°,6
Le 21	—	112	38°	—	132	39°,7

En présence de la gravité des signes d'hecticité présentés par Henriette Bed..., M. Tarnier ne veut pas tarder davantage à lui proposer la gastrotomie.

L'opération acceptée sans hésitation est pratiquée le 22 août, en présence de MM. Polaillon, Pinard, Budin, et Ribemont.

La malade, placée sur un lit spécial, est chloroformée. M. Tarnier fait à la paroi abdominale une incision située sur la ligne médiane, longue de 10 cent. environ et commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette incision, faite couche par couche, met bientôt à découvert un tissu blanc grisâtre qui n'est autre chose que la paroi néo-membraneuse du kyste fœtal, intimement unie à la face postérieure de la paroi abdominale. Une ponction faite à la partie supérieure de l'incision laisse échapper une certaine quantité de liquide noirâtre mélangé de gaz et d'odeur horriblement infecte. M Tarnier introduit son doigt dans le kyste, puis, guidant sur lui un bistouri boutonné, il en incise largement l'épaisse paroi. Un pariétal se présente et est facilement amené au dehors ; quelques

lambeaux de parties molles putréfiées y adhèrent faiblement. M. Tarnier constate que les autres os constituant le crâne adhèrent encore assez à ceux de la face pour qu'on puisse espérer les extraire d'un seul coup. Le second pariétal est saisi avec une forte pince et sort entraînant avec lui le reste de la tête à laquelle tient encore la colonne vertébrale garnie de la plupart des arcs costaux, du bassin et du squelette du membre inférieur gauche. Les restes des débris du fœtus sont alors facilement enlevés. Les parois du kyste, immédiatement revenues sur elles-mêmes, sont assez lisses et épaisses de 1 centim. environ. On n'y découvre aucune trace de tissu placentaire. Après avoir abondamment lavé, à l'aide d'une solution phéniquée au 20e, l'intérieur de la poche, M. Tarnier réunit la moitié supérieure de l'incision au moyen de deux points de suture. Pansement de Lister.

La malade est reportée encore endormie dans son lit.

Le soir même la malade est sans fièvre. Pouls 76, temp. 36,8. La journée a été bonne, il n'y a pas eu de vomissements. Pas de douleurs. Pour éviter tout mouvement, le cathétérisme vésical est pratiqué, ainsi que les jours suivants.

Une injection phéniquée au 20e est faite et continuée matin et soir. Dès le lendemain, le liquide qui s'écoule de la poche ne présente plus d'odeur. Les injections entraînent quatre phalanges. La malade prend avec plaisir quelques aliments, le pouls et la température sont retombés à l'état normal.

Le 24. Même état satisfaisant; appétit excellent.

Le 27. La malade est méconnaissable; elle sent ses forces revenir; son teint, naguère terreux, est rose maintenant. Le kyste diminue par le retrait de ses parois. On ne peut plus y introduire que peu profondément la canule pour y faire des lavages. La plaie s'est réunie par première intention dans la partie qui a été suturée.

Le 29. Les points de suture sont enlevés.

Le reste de la plaie, revenue sur elle-même, est couvert de bourgeons charnus du meilleur aspect. Etat général excellent.

Le 4 septembre. On ne peut plus introduire qu'une sonde de

moyen calibre à travers la plaie. Je retrouve la malade fort bien portante et très-engraissée, quinze jours plus tard. Il ne reste plus qu'une petite fistule qui donne passage à un très-léger écoulement de liquide. On sent à travers la paroi abdominale une masse du volume d'une très-petite orange, dernier vestige du kyste fœtal.

Le 1er octobre. La plaie est entièrement cicatrisée. La malade est munie d'une ceinture et commence à se lever.

L'utérus a repris sa situation normale. Il est mobile ; quoique le fond semble encore faiblement maintenu par quelques adhérences.

Le 16. Henriette Bed... demande son exeat, et, en nous quittant, nous fait part de son prochain mariage !

MATERNITÉ DE PARIS. — SERVICE DE M. TARNIER.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DATANT DE 17 MOIS. OUVERTURE DU KYSTE FŒTAL DANS L'INTESTIN. GASTROTOMIE. MORT.

Observation recueillie par **M. Maygrier**.
Interne de la Maternité de Paris.

Mme Delorme, âgée de 33 ans, entre dans le service de M. Tarnier, à la Maternité, le 8 mars 1879.

Réglée à l'âge de 17 ans, cette femme a eu depuis des époques menstruelles régulières, d'un jour de durée seulement. Elle paraît avoir joui d'une santé habituelle. Elle raconte seulement qu'à l'âge de 25 ans, elle fut prise, sans cause nettement déterminée, d'une métrorrhagie abondante qui fut suivie de pertes continuelles durant six mois ; ce n'est qu'au bout de ce temps qu'elle se décida à consulter un médecin qui lui recommanda de quitter Paris ; elle partit pour la campagne où sa santé se rétablit bientôt, les pertes cessèrent et les règles redevinrent normales.

Mariée depuis deux ans, elle a vu ses règles se supprimer à partir du 31 décembre 1877, époque où elle les eut comme

d'habitude pendant 24 heures. Bientôt survinrent les signes de grossesse, augmentation de volume du ventre, picotements des seins, nausées etc., elle dit avoir senti remuer son enfant pour la première fois dans le courant d'avril 1878. Dès le début, elle ressentit dans le bas-ventre des douleurs assez vives qui ont persisté, mais avec moins d'intensité que dans les prèmiers mois, pendant toute la durée de la grossesse. Elle a eu aussi à souffrir de vomissements répétés qui duraient pendant plusieurs jours, et cessaient pendant une semaine ou deux pour reprendre ensuite.

Dans les derniers jours du mois d'août 1878, c'est-à-dire vers la fin du huitième mois environ, elle fut prise de douleurs extrêmement vives, comme si elle allait accoucher ; ces souffrances se prolongeant sans aboutir, elle fit appeler un médecin qui constata nettement l'existence des bruits du cœur de l'enfant. Mais au bout de 26 heures, les douleurs diminuèrent peu à peu de fréquence et d'intensité ; elles finirent par disparaître complétement; rien n'avait été expulsé par les parties génitales, sauf un peu de sang.

A dater de ce faux travail, la malade cessa de percevoir les mouvements du fœtus, et sa santé, assez éprouvée depuis le début de sa grossesse, s'améliora très-rapidement.

Vers le 15 octobre, survint une perte qui dura deux jours, sans être accompagnée de douleurs. Dans le courant de décembre, nouvelle perte qui dura encore deux jours. Cette fois M. Tarnier fut appelé en consultation, l'état général de la femme était satisfaisant, aucune intervention ne fut résolue.

Mais, à partir du mois de janvier 1879, le ventre devint douloureux, des frissons survinrent, ainsi que de la fièvre, de l'anorexie et de l'amaigrissement. Appelé de nouveau auprès de la malade en février, M. Tarnier lui conseille d'entrer à la Maternité, dans l'intention de l'opérer.

Malheureusement, la malade très-pusillanime retarda tous les jours son départ. Les symptômes fébriles s'accentuèrent, une évacuation abondante survint par l'anus de matières jaunâtres, d'une odeur infecte; des vomissements incessants s'éta-

blirent, le ventre devint de plus en plus douloureux, et ce n'est que devant la persistance et l'aggravation de ses souffrances que la malade se décida enfin à venir à la Maternité, le 8 mars.

La face est pâle, amaigrie, exprimant la souffrance, la peau est sèche, le pouls petit et fréquent. Le ventre est assez volumineux, M. Tarnier constate cependant qu'il a diminué beaucoup de volume depuis son dernier examen; le palper abdominal est impossible, car la moindre pression sur l'abdomen arrache des cris à la malade. Au toucher vaginal, le col est facilement accessible, il est petit, fermé, un peu ramolli; dans l'examen antérieur fait en ville par M. Tarnier, le col n'était pas ainsi accessible, et, de plus, l'excavation était occupée par une tumeur assez volumineuse qui n'est plus perceptible. Il est évident que le kyste fœtal a dû s'ouvrir dans l'intestin et y vider une partie de son contenu. Au toucher rectal, on n'arrive sur aucun orifice de communication avec le kyste, et on ne sent pas de parties osseuses.

La malade mange à peine; elle a un dégoût prononcé pour les aliments, la langue est un peu sèche, la soif assez vive. Elle vomit à peu près tout ce qu'elle prend et a une diarrhée persistante.

Le 13 mars M. Tarnier provoque une consultation à laquelle prennent part MM. Polaillon, Lucas-Championnière et Pinard. L'avis unanime est qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine abdominale, avec ouverture du kyste dans l'intestin et poussées aiguës péritonitiques ayant déterminé des adhérences aux parois abdominales. La conclusion à peu près générale est la nécessité et l'urgence d'une intervention chirurgicale. La place qu'occupe l'utérus n'a pu être exactement limitée, il parait refoulé en avant, mais son fond n'est pas senti par le palper abdominal et il semble englobé dans la tumeur, l'hystéromètre ne pénètre que difficilement et incomplètement.

Les jours suivants, l'affaiblissement de la malade va en augmentant, le ventre augmente de volume et la percussion dénote des points sonores, indices de la présence de gaz dans la poche. La diarrhée continue, elle est d'une odeur très-fétide,

mais on ne remarque dans les déjections aucun débris fœtal; au microscope, on n'y trouve pas de globules de pus.

L'opération est faite le 21 mars, à onze heures du matin, en présence de MM. Polaillon et Lucas-Championnière et suivant la méthode de Lister.

La malade étant chloroformée, la paroi abdominale est incisée sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de l'ombilic dans une étendue de 10 centimètres. La poche est ouverte immédiatement, ses parois étant partout adhérentes aux parois de l'abdomen.

Un fœtus putréfié, d'une odeur horriblement fétide et presque méconnaissable, est extrait, un membre, probablement un bras, est adhérent au fond du kyste; on le coupe et on laisse dans la poche cette partie adhérente en ayant soin de placer sur elle un fil dont les chefs sont ramenés au dehors. Puis, M. Tarnier introduit la main dans le kyste, pour y chercher s'il ne reste aucune partie détachée du fœtus, et il retire successivement les deux pariétaux complétement dénudés. Des lavages sont ensuite faits avec de l'eau tiède alcoolisée; quatre tubes à drainage réunis ensemble sont placés dans l'ouverture qu'on laisse telle quelle, sauf à la partie supérieure de l'incision, où est placé un point de suture; on termine en plaçant des éponges phéniquées fortement exprimées, tout autour de la plaie et en faisant le pansement de Lister.

L'opération a duré une demi-heure.

A deux heures de l'après-midi, la malade, complétement réveillée, se plaint de souffrir un peu du ventre; elle a quelques hoquets et rend des glaires verdâtres, mais n'a pas de vomissements véritables. La température qui était à 38°5 avant l'opération est tombée à 36°5; le pouls est à 120. On prescrit du champagne et de la glace.

A six heures du soir, respiration assez calme, sueurs abondantes, pas de vomissements; la température se relève un peu et marque 36°7, le pouls est tombé à 88.

A 9 heures, on enlève les éponges phéniquées qui garnissaient le fond du pansement; elles sont imbibées de liquide venu du

kyste; le pansement est refait. La malade est tranquille, mais n'a pas eu encore de sommeil; la température est la même, 36°7.

A minuit, catéthérisme vésical, on retire environ 150 grammes d'urine claire.

Le 22 mars, la malade est vue à 7 heures du matin, elle n'a pas encore fermé l'œil depuis l'opération, mais elle ne souffre pas et est très-calme; à 6 heures elle a eu deux régurgitations bilieuses verdâtres. P. 108. T. 36°5. R. 20.

A 11 heures, la malade a vomi plusieurs fois, elle est cependant assez calme; on refait le pansement. Dans la journée, ell urine seule.

A 8 heures du soir: P. 100. T. 36°5. Les vomissements ont cessé depuis 2 heures de l'après-midi.

Le 23. La nuit a été calme; la malade a eu enfin plusieurs heures de sommeil, elle n'a pas vomi.

Matin. P. 126. T. 36°5. R. 28. Les pièces du pansement exhalent une odeur fétide, on injecte, à l'aide d'une grosse sonde en gomme, de l'eau alcoolisée dans la poche; un vomissement survient après le pansement.

Soir. P. 100. T. 36°9. La journée a été assez bonne, le champagne est supporté. Le pansement est traversé, on le refait à 10 heures.

Le 24. La nuit a été assez agitée, il y a eu deux ou trois vomissements et un peu de dyspnée.

Matin. P. 100. T. 36°6. Langue humide, face pâle, mais assez reposée malgré l'agitation de la nuit; ventre souple, indolore. Le pansement est fait, des lavages alcoolisés détachent de nombreux détritus de la poche. Prescription : bouillon, lait, champagne, glace.

Soir. P. 116. T. 37. Pas de vomissements, soif vive. Le pansement est refait à 10 heures.

Le 25. La nuit a encore été mauvaise, sans sommeil, la soif a été très-vive, la malade a bu beaucoup.

Matin. P. 112. T. 37°2. Langue humide (face pâle, pas de douleurs de ventre. Le pansement est fait comme la veille; on

prescrit, vu l'odeur infecte des détritus qui sortent du kyste, quatre lavages alcoolisés par jour. Grogs, bordeaux, bagnols, côtelette à sucer. Potion morphinée pour le soir.

Soir. La journée a été calme.

P. 122. T. 37°1. La langue est un peu sèche, le membre inférieur gauche est le siége d'un gonflement peu douloureux.

Le 26. La nuit a été assez bonne.

Matin. P. 140. T. 37°1. Langue sèche, face pâle, les joues se creusent un peu; souffrances nulles. Miction facile, il n'y a pas eu encore de garde-robe depuis l'opération. Phlegmatia alba dolens bien nette du membre inférieur gauche. On continue les mêmes lavages du kyste quatre fois par jour.

Soir, Les traits s'altèrent, il y a eu un peu de subdélirium, P. 132, T. 36°7. R. 36.

Le 27. La nuit a été mauvaise, la malade s'est refroidie, elle n'a eu que quelques heures d'un sommeil très-agité.

Matin. P. 128. T. 36°6. Langue très-sèche ; soif extrêmement vive, facies très-altéré, amaigrissement considérable, extrémités froides. On continue les lavages alcoolisés, le membre fœtal qui était resté adhérent à la paroi du kyste se détache, ainsi qu'une foule de détritus sanieux, noirâtres.

Soir. La journée a été très-agitée, la malade se plaint de souffrir beaucoup de sa plaie, elle pousse des gémissements continuels, on la calme avec une piqûre de morphine. P. 128. T. 36°4.

Le 28. La malade a dormi, mais elle se refroidit de plus en plus.

Matin. Facies profondément altéré, joues excavées, yeux brillants, langue très-sèche, subdélirium. Pouls irrégulier, petit, à peine perceptible par moments, à 130. La température s'élève un instant et monte à 38°4. Les lavages de la plaie font sortir une foule de débris noirs, sphacélés, infects.

Soir. Le coma survient, la peau se couvre de sueurs, la mort a lieu à 10 heures.

La famille ayant mis opposition, l'autopsie n'a pu être faite.

HOPITAL St-LOUIS. — SERVICE DE M. LE Dr VIDAL.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — OUVERTURE DU KYSTE FŒTAL DANS L'INTESTIN. — EXTRACTION DU FŒTUS. — GUÉRISON.

Par Deschamps, interne des hôpitaux (1).

Le 15 février 1879 entrait à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Vidal, une femme âgée de 28 ans, présentant une grossesse extra-utérine ouverte dans le rectum. Un fragment du fœtus long d'environ deux centimètres pendait au dehors à travers l'anus.

Cette femme est devenue enceinte à 19 ans, elle est accouchée à terme d'un enfant mort après un travail prolongé. L'enfant serait venu par le siége.

En 1875, pendant quatre mois, elle a eu des métrorrhagies peu abondantes accompagnées de douleurs à l'hypogastre. Puis les règles ont reparu comme à l'ordinaire, sans qu'à aucun moment l'hémorrhagie utérine ait présenté les caractères d'un avortement.

En dehors de ces troubles passagers sa santé a toujours été excellente.

Cette femme raconte qu'elle a eu ses dernières règles le 20 avril 1878. A la fin de mai, les douleurs lombaires du début de la menstruation survinrent plus fortes que de coutume, mais sans aucune hémorrhagie. En même temps se montrèrent quelques troubles généraux, malaises, envies de vomir, et les douleurs abdominales persistèrent.

Le 10 juin elle fut admise à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Constantin Paul.

Elle se plaignait de douleurs localisées à l'hypogastre et dans la région lombaire s'accompagnant de fièvre, de frissons et d'envies fréquentes d'uriner.

Le diagnostic porté fut phlegmon périutérin.

Trois semaines après elle quittait l'hôpital ne souffrant plus, mais

(1) Observation lue à la Société clinique de Paris.

ressentant un malaise et un affaiblissement général. Cependant elle put reprendre son travail.

Le 23 juillet elle alla consulter un médecin qui lui ordonna un pessaire pour remédier à l'abaissement de l'utérus. Deux jours après l'application de cet instrument, cette femme fut transportée à l'Hôtel-Dieu présentant tous les symptômes d'une péritonite aiguë et admise dans le service de M. le Dr Gueneau de Mussy.

Ces accidents se calmèrent au bout de quelques jours et l'on constata la présence d'une tumeur abdominale. Le diagnostic formulé fut myome utérin. Elle resta deux mois dans le service et pendan son séjour elle remarqua que ses seins avaient grossi et que son ventre avait augmenté progressivement de volume.

Dans les derniers jours de septembre elle quitta l'Hôtel-Dieu ne souffrant plus, n'ayant plus d'envies de vomir; mais à partir de cette époque, le volume de l'abdomen qui était à peu près celui que présente une femme arrivée au cinquième mois de la grossesse resta stationnaire et la sécrétion lactée s'établit. Les troubles digestifs disparurent et pendant les trois mois qui suivirent cette femme eût pu se croire guérie.

Mais le 20 décembre elle ressentit des douleurs sourdes accompagnées d'une hémorrhagie interne assez abondante sans qu'à aucun moment elle ait constaté de débris membraneux dans les caillots sanguins.

Elle entre le 31 décembre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Dr Mesnet. Son interne, notre excellent collègue et ami Gauchat, a bien voulu nous communiquer la note suivante :

« Le volume de l'abdomen est celui d'une femme enceinte de cinq mois. La palpation permet de sentir facilement une tumeur occupant le petit bassin et remontant dans la cavité abdominale jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur qui s'étend surtout vers la fosse iliaque gauche est résistante, un peu inégale, intimement liée à l'utérus, comme on peut s'en assurer par le toucher vaginal et le palper abdominal combinés, et mobile avec l'utérus quoique dans une assez faible mesure.

L'utérus est abaissé, le col incliné à droite et porté un peu en avant, le cul-de-sac droit est normal, le gauche est presque complétement effacé. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur arrondie, dure, résistante, non douloureuse à la pression. On trouve le col *ramolli* mais non cependant dans toute sa hauteur.

On constate de plus de la sécrétion lactée, les reins sont peu volumineux. Le diagnostic reste hésitant entre un corps fibreux et une grossesse extra-utérine.

Dans le courant du mois de janvier, à deux reprises, cette femme a eu des pertes assez abondantes, jamais on n'a pu trouver de débris de caduque.

Tous ces accidents se calmèrent et le 2 février elle quittait l'hôpital Saint-Antoine. Deux jours après elle fut prise subitement d'une diarrhée extrêmement fétide, cinq à six garde-robes par jour. Elle n'a pas remarqué si à partir de ce moment son ventre avait diminué de volume. Le 15 février, après être restée chez elle pendant dix jours dans cet état, cette femme se présenta à l'hôpital Saint-Louis et je pus constater les faits suivants :

A travers l'anus pend au dehors un débris membraneux d'aspect brunâtre, long de deux centimètres et qu'il est facile de reconnaître pour l'extrémité d'un pied.

Au niveau de l'ampoule rectale on trouve des parties molles allongées en forme de cordon, au milieu desquelles on sent un fragment osseux placé diagonalement et long de plusieurs centimètres. L'introduction du doigt fait sortir un liquide sanieux répandant une odeur infecte.

En suivant ce fragment osseux on remarque qu'il se continue à travers une ouverture située à la partie antéro-latérale gauche de l'intestin avec un cordon formé de parties charnues et osseuses, et en exerçant de légères tractions on voit que le reste du fœtus tend à s'engager à travers l'ouverture du kyste.

Cette ouverture siége à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus, elle est circulaire et mesure environ 3 centimètres de diamètre. Le doigt promené autour de la partie fœtale engagée limite un contour assez résistant bien qu'un peu dilatable.

La palpation fait reconnaître une tumeur remplissant le petit bassin et dépassant de plusieurs travers de doigt la symphyse pubienne. Cette tumeur dont la surface est irrégulière s'étend à gauche dans la fosse iliaque. Sa résistance est variable suivant les points. Le toucher vaginal montre que l'utérus est refoulé en avant derrière la symphyse. Le col est petit, fermé, dévié à droite, et sa hauteur ne mesure qu'un centimètre.

Les culs-de-sac postérieur et latéral gauche sont remplis par une tumeur de consistance variable, fluctuante, avec des parties résistantes

en divers points. Des tractions modérées amènent successivement au dehors un des membres inférieurs, puis l'autre membre avec le bassin et le segment inférieur de la colonne vertébrale. Quand celle-ci fut engagée, il devint facile de voir que la tête fœtale était intacte et que son volume était beaucoup trop considérable pour franchir l'orifice du kyste.

On laissa reposer la malade et on prescrivit quatre fois par jour un lavement avec la solution au millième d'hydrate de chloral.

Le lendemain la malade est dans le même état, un peu endormie, mais sans fièvre, la langue est légèrement saburrale. La pression sur l'abdomen ne détermine aucune douleur.

Le 17, nouvel examen après l'administration du chloroforme. La tête apporte un obstacle invincible à l'extraction du fœtus par de simples tractions, il est évident qu'elle ne peut être amenée au dehors qu'avec des instruments spéciaux.

Le 18, M. le Dr Le Dentu voit la malade et conseille l'opération. Elle fut pratiquée le 19 par M. le Dr Pinard, à 9 heures du matin.

Cette femme est très-assoupie, répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Le chloral semble manifestement avoir agi comme hypnotique malgré la dose très-faible de la solution. Du reste l'état général est excellent, le ventre n'est pas douloureux à la pression.

Le chloroforme est administré jusqu'à résolution complète.

M. le Dr Pinard trouva par le toucher vaginal l'utérus porté en avant, le col diminué de hauteur. Les culs-de-sac postérieur et latéral gauche étaient remplis par une tumeur que l'on retrouvait à l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche. Par le toucher rectal, il arriva facilement en suivant la colonne vertébrale du fœtus qui était engagée dans le rectum au niveau de l'orifice qui mettait en communication le kyste fœtal et l'intestin. Il jugea comme nous que cet orifice mesurait 3 centimètres environ de diamètre et que de plus il présentait une certaine dilatabilité.

La femme étant placée dans la situation obstétricale ordinaire et complétement anesthésiée, M. Pinard introduisit d'abord deux doigts dans le rectum jusqu'au niveau de l'orifice et sur ces deux doigts fit glisser une longue pince à faux germe, recourbée, saisit ce qui restait de la colonne vertébrale et tirant lentement abaissa la tête pour que les doigts pussent l'explorer et reconnaître que les os de la voûte et de la base n'étaient pas dissociés. Cette constatation rendait le broiement de la tête nécessaire, car l'orifice n'aurait pu permettre malgré

sa dilatabilité la sortie de la tête intacte. Comme certaines parties du fœtus tendaient à s'engager à travers l'orifice, M. Pinard les saisit d'abord et il amena ainsi successivement au dehors un bras, des côtes et le placenta.

Ensuite, la tête restant seule ou à peu près dans le kyste, M. Pinard fit presser légèrement par un aide au niveau de la fosse iliaque gauche afin d'abaisser de cette façon le kyste et de rendre la tête plus accessible et plus fixe. Cela fait, les pinces furent réintroduites toujours guidées par les doigts et après quelques tentatives la tête fut saisie, broyée et amenée par des tractions légères dans l'intestin et enfin au dehors. La tête avait été saisie suivant le diamètre bi-temporal.

Son grand axe mesurait 7 cent. 1/2 et son diamètre bipariétal 5 1/2, seulement, ce qui permet de fixer à cinq mois au moins l'époque de la grossesse à laquelle le fœtus a succombé.

Pendant cette opération la masse encéphalique s'écoula au dehors, répandant une odeur infecte, et la sortie de la tête fut suivie de l'issue d'une grande quantité de liquide en putréfaction.

Il fut facile de constater alors que les deux parois du kyste étaient revenues sur elles-mêmes, et qu'il ne restait rien dans la cavité kystique.

On fit immédiatement une injection dans la poche avec une solution phéniquée au cinq centième. Le ventre fut badigeonné d'une couche épaisse de collodion, et la malade fut soumise au régime suivant : bouillon, potion de Tood, extrait de quinquina 6 grammes.

Le soir, deuxième injection ; je trouve alors cette femme dans un assoupissement profond, mais sans fièvre. La pression sur l'abdomen n'éveille aucune douleur.

10 mars. — Les injections sont continuées deux fois par jour avec la solution phéniquée. L'effet du chloral se fait encore sentir. 15 gr. d'huile de ricin.

13 mars. — La malade est plus éveillée, sans fièvre. L'appétit reparaît. Progressivement on permet une alimentation plus substantielle : côtelettes, jus de viande, vin de Bagnols. Les injections sont continuées, et par le toucher vaginal je constate que l'utérus a repris sa position ; mais dans le cul-de-sac latéral gauche et dans le cul-de-sac postérieur on trouve une zone d'induration mesurant de 4 à 5 centimètres de longueur.

Le ventre affaissé est souple et non douloureux.

16 février. — L'orifice du kyste est remonté et devient très-difficile à atteindre.

Le 18 février l'injection fut faite plus tard que de coutume, quelques heures après le déjeuner de la malade; elle se plaignit aussitôt d'étourdissements, de vertiges; le soir elle eut un léger frisson, le thermomètre s'éleva à 38° 5, je ne fis pas la seconde injection. Le lendemain les mêmes phénomènes se produisirent, et en cherchant la cause je supposai que le bec de la sonde que je dirigeais à grand'peine dans le kyste en me guidant sur le bord inférieur de l'orifice avait dû glisser dans l'intestin, et c'est probablement le trouble apporté à la digestion commencée par la quantité de liquide injecté dans l'intestin qui avait déterminé tous ces accidents.

La sonde fut introduite dans le kyste et le liquide ressortit presque aussitôt légèrement teinté de sang.

A partir de ce moment les injections furent supprimées et l'on se borna à donner par jour deux grands lavements afin d'empêcher les matières fécales de séjourner au voisinage du kyste.

10 mars. — La palpation ne décèle pas la moindre trace de la tumeur abdominale, le ventre est souple, indolore; dans le rectum l'orifice du kyste est fermé, froncé comme l'ouverture d'une bourse dont on a serré les cordons. Dans le cul-de-sac vaginal gauche on trouve toujours une bride indurée, le corps de l'utérus n'a recouvré qu'en partie sa mobilité.

15 mars. — Depuis huit jours la malade descend au jardin, elle a repris de l'embonpoint, et sa santé semble parfaite.

Elle quitte l'hôpital. Les règles n'ont pas encore reparu.

Réflexions. — Cette observation nous a paru renfermer plusieurs points intéressants :

1° L'ouverture du kyste dans un point inférieur de l'intestin ;

2° L'existence d'inflammations successives du péritoine ayant déterminé le cloisonnement de la séreuse par des fausses membranes et l'isolement absolu du produit de la conception;

3° L'époque peu avancée de la grossesse à laquelle le fœtus est mort et, par suite, son volume relativement peu considérable.

Si l'ouverture du kyste s'était faite en un point plus élevé de

l'intestin, l'extraction n'eût pu avoir lieu, et la femme eût vraisemblablement succombé.

Dans des cas analogues, si le diagnostic pouvait être porté plus tôt d'une façon précise, n'y aurait-il pas intérêt à intervenir ?

L'opération en elle-même a été une véritable céphalotripsie; la principale difficulté venait certainement de ce que l'opérateur, ne pouvant introduire que deux doigts dans l'orifice du kyste, la tête fœtale glissait toujours au-devant de l'instrument. La pression exercée sur l'abdomen par un aide a permis de vaincre cette difficulté, et les adhérences péritonéales n'ont pas souffert de cet effort.

Enfin, d'après les symptômes mentionnés plus haut, le chloral semblerait, même administré à de très-faibles doses, produire chez certaines organisations des accidents qui devront lui faire préférer un autre agent antiseptique.

CORRESPONDANCE.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE.

Un de nos distingués confrères, M. le Dr Laville de Gaillac, nous adresse une consultation médico-légale intéressante :

Femme de 20 ans, couchée à Rabastens, chez la sage-femme Maury Albanie.

Résultat de l'interrogatoire. — Elle a eu un premier enfant en 1875. Pas d'autre grossesse jusqu'au 26 août 1878, époque à laquelle elle eut ses règles pour la dernière fois, et plus abondamment que de coutume.

Le jeudi soir, 6 mars 1876, elle se sentit mouillée; un écoulement incolore s'effectuait à travers les parties génitales. Elle n'éprouva aucune douleur qui pût l'avertir de la nature de cet écoulement. Elle dormit bien pendant la nuit qui suivit; le lendemain, elle reprit

ses occupations habituelles, sans souffrir le moins du monde. Le soir venu, elle se coucha, et dormit jusqu'à 3 h. 30 du matin, moment où elle fut réveillée par une douleur de ventre. Elle se leva et prit seule la route de Rabastens, ville située à 4 kilomètres de son domicile, dans le but d'aller accoucher chez la sage-femme.

Les douleurs ne tardèrent pas à se succéder et furent tellement violentes, qu'elle prétend n'en avoir eu qu'une, jusqu'au moment où l'enfant, étant au passage, elle s'accroupit afin de recevoir le petit être dans son jupon.

L'enfant et le placenta sortirent du même coup. Elle ne sentit pas l'enfant remuer, il ne cria pas, elle le crut mort. Elle l'enveloppa dans un mouchoir, et le tenant à distance de son corps, elle parcourut un trajet d'un quart d'heure environ pour arriver chez la sage-femme, à cinq heures du matin.

La chemise que la femme Marie Boisnière (c'est le nom de l'inculpée) portait lors de l'accouchement est souillée de sang, en bas et sur tout le pourtour, suivant une hauteur de 0,40 centimètres.

Le jupon, les bas et les galoches qu'elle portait sont baignés de sang.

Enfant et annexes. — (Examen 30 heures après l'accouchement.)

L'enfant est encore uni au placenta par le cordon.

Placenta. — Les diamètres du placenta sont 13 et 14 centimètres, il est de couleur rosée, exsangue ; la surface utérine présente une division curviligne de dix centimètres de longueur s'étendant d'un bord à l'autre et comprenant toute l'épaisseur de l'organe jusqu'aux membranes exclusivement. Il ne contient aucun noyau apoplectique. Son poids est de 270 grammes, le cordon ayant été coupé en son lieu d'élection.

Le cordon exsangue a une longueur de 0,36.

Enfant. Aspect extérieur. — L'enfant est du sexe masculin, du poids de 1550 grammes, longueur totale 0,43.

La face est cyanosée sur toute son étendue, et cette couleur uniforme, lie de vin, s'étend en bas jusqu'au niveau de l'os hyoïde ; en arrière, jusqu'aux apophyses mastoïdes ; en haut, elle se prolonge sur toute l'étendue du cuir chevelu. Point de bosse sanguine appréciable. Des ecchymoses sont disséminées sur le reste du corps : l'une occupe la région supéro-postérieure de l'avant-bras du même côté. D'autres informes, disséminées à la face antérieure du thorax, donnent à cette région l'aspect marbré. Deux, de la grosseur d'un ha-

ricot, irrégulières dans leurs formes, ayant une direction générale de haut en bas et de dedans en dehors, occupent les deux régions claviculaires. Le bras gauche en porte une qui de l'acromion passe sur la face antérieure du bras et vient se terminer près de l'épitrochlée. La face antéro-supérieure de l'avant-bras est aussi couverte par une ecchymose, d'autres sont disséminées sur les membres inférieurs.

La partie postérieure du tronc, partie sur laquelle l'enfant est couché depuis 24 heures, offre une coloration normale.

Ouverture du cadavre.

Le point osseux des condyles du fémur n'a pas encore paru ; à la face et au cuir chevelu, le tissu dermique offre un piqueté noirâtre à la coupe ; ce piqueté laisse sourdre de petits caillots de sang par le raclage. Le tissu cellulaire est noirâtre, gorgé de sang ; les muscles de la face et du crâne sont presque noirs, comme gélatineux.

Aucune plaie n'existe sur le corps de cet enfant, aucune trace de coupure, ou de piqûre.

Point d'épanchement sanguin entre le crâne et le cuir chevelu.

Point de fracture du crâne, ni piqûre de ses fontanelles, une calotte osseuse étant enlevée laisse voir les méninges hyperhémiées, de couleur noir, lie de vin, fond sur lequel se dessinent, en couleur plus foncée encore, les arborisations des vaisseaux qu'ils parcourent.

Le cerveau est mou, diffluent.

Thorax. — Le larynx, la trachée et l'œsophage sont entièrement libres, ils ne présentent rien d'anormal.

Les poumons, de couleur difficile à décrire, d'un gris de plomb noirâtres, ne remplissent pas la cavité thoracique ; ils ont l'aspect, à la surface et à la coupe, de poumons à l'état fœtal. Point de liquide dans la cavité thoracique dont la plèvre est de couleur rosée.

La surface du cœur présente quelques taches ecchymotiques, dont la plus grosse est comme une tête d'épingle, et la plus petite comme la piqûre de cette même épingle.

Elles sont toutes situées à la base du cœur, ou bien le long des vaisseaux coronaires.

La cavité droite contient un caillot de sang noir, la gauche est vide.

Docimasie. — Les organes thoraciques sont jetés en bloc dans un

large et profond récipient rempli d'eau; ils gagnent immédiatement le fond.

Les poumons seuls sont ensuite plongés, même phénomène.

Tout fragment de poumon gagne aussi le fond du vase.

Les ecchymoses, signalées sur la surface du corps, présentent un aspect piqueté, noirâtre à la coupe; l'expression en fait sortir de petits caillots de sang. Point d'épanchement sanguin dans le tissu cellulaire sous-jacent aux ecchymoses.

Les muscles des membres sont d'un blanc de poulet.

Les artères sont vides.

Discussion.

J'avouerai que, malgré mes conclusions négatives, plusieurs circonstances m'étonnent.

La première est la rupture prématurée des membranes pendant une grossesse parvenue au huitième mois.

La femme prétend avoir fait un effort pour soulever un corps lourd et s'être sentie mouillée à la suite. Je ne suis pas satisfait, le moins du monde, de cette explication. Nous avons cherché par la vue et par le toucher si le col ne portait aucune trace de violence, et nous n'avons pu reconnaître aucun signe qui nous permît de conclure à une intention criminelle, de nature à provoquer l'accouchement.

La seconde est la présence, sur le corps de l'enfant, d'une quantité considérable d'ecchymoses, et particulièrement de cette coloration uniforme, lie de vin, qui occupe la face et le cuir chevelu.

Comment a-t-elle pu se procuire?

M. le Dr Baillé de Rabastens, requis par la même autorité que moi, croit et il en est convaincu, bien qu'il ait donné sa signature à mes conclusions négatives, que la femme Marie Boissière n'a pas accouché seule et qu'au moment où la tête venait de franchir la vulve, deux mains ont serré le cou de l'enfant, les ecchymoses des clavicules en sont la preuve. Mais, s'il en était ainsi, ces ecchymoses porteraient la marque d'impressions digitales, et leur surface est unie; en outre, elles seraient convergentes, l'enfant n'ayant pu être pris que par derrière; elles sont divergentes par rapport à l'axe du corps. Cette explication ne me paraît pas admissible par là même.

J'ai communiqué mon rapport au Dr Rey, ancien interne des hô-

pitaux de Paris; il a bien voulu le trouver défectueux à plusieurs points de vue, et surtout parce que je n'avais pas noté la place de l'ombilic par rapport au corps, parce que je n'avais pas signalé la place qu'occupaient les testicules, etc.., parce que mes ecchymoses étaient mal décrites ; passons. Il croit, lui aussi, à la présence d'un tiers lors de l'accouchement; et pour expliquer les couleurs de la face et des téguments du crâne, il suppose que la tête, lors de sa sortie, a été enveloppée d'un linge épais et que c'est à travers cette couche que s'est effectuée la pression par deux mains criminelles, roulant la tête entre elles, *comme s'il s'agissait d'une boule.*

Je ne puis admettre une pareille explication du phénomène produit; elle dénotait trop peu de connaissance de la production des ecchymoses et surtout de cette teinte livide que présentent les cadavres des asphyxiés.

Pour moi, cette teinte est asphyxique et il faut en chercher la raison dans toute cause capable d'interrompre l'hématose.

Elle peut se produire par la compression de la poitrine, c'est vrai ; mais je crois que si la cause était là, nous aurions constaté la présence d'ecchymoses à la face postérieure du thorax, correspondant aux marbrures de la face antérieure. Nous aurions probablement trouvé des fractures de côtes.

Elle peut s'être produite pendant l'accouchement. Celui-ci, en effet, a été très-rapide, les eaux se sont prématurément écoulées et le placenta a été expulsé avec l'enfant qui n'était pas à terme et, par là même, peu préparé à l'accomplissement des fonctions individuelles. N'a-t-il pas pu mourir asphyxié à ce moment? Sans doute, m'objectera-t-on, mais pourquoi la lividité est-elle limitée à la face et au cuir chevelu ? Mais, la lividité n'est pas toujours généralisée chez les enfants qui meurent asphyxiés; cette couleur est très-souvent limitée à la face.

Reste à expliquer les ecchymoses disséminées à la surface du corps.

C'est le seul point qui me paraisse litigieux. Mais, quel est le médecin légiste qui, en l'absence de lésions graves, évidemment d'intention criminelle, oserait se baser sur la présence d'ecchymoses disséminées à la surface du corps d'un enfant qui n'a pas respiré, pour conclure au crime ? Pour mon compte, je ne l'oserais pas ; que d'autres prennent la responsabilité de semblables interprétations.

Quant aux ecchymoses sous-péricardiques, elles sont de nulle valeur, l'enfant n'ayant pas respiré.

Recevez, mon très-vénéré maître, l'assurance de mon profond respect et de ma haute considération.

Gaillac, 21 avril 1879.

A. Laville.

P. S. — J'ai vainement cherché les caractères anatomiques de l'asphyxie des nouveau-nés dans les traités spéciaux : Chailly, Cazeaux, Naegele et Grenser, Bouchut, etc.

Ils se bornent tous à signaler la congestion des méninges et celle des organes splanchniques.

Quant à l'article asphyxie de Maurice Perrin dans le dictionnaire encyclopédique, il n'a que l'asphyxie de l'adulte en vue, et il est absolument muet relativement aux lésions anatomiques ; pour lui, l'asphyxie est essentiellement caractérisée par la disparition plus ou moins complète de l'oxygène du sang.

Comment pouvons-nous rechercher cet état du sang avec nos moyens d'investigation ?

J'aurais désiré trouver quel était l'état du sang dans les capillaires de la peau livide dans le tissu cellulaire sous-jacent ; je n'ai absolument rien trouvé.

Les phénomènes constatés sont bien ceux de l'asphyxie; chez le nouveau-né comme chez l'adulte la face, sous l'influence de la privation d'oxigène, devient bleue, violacée, très-foncée parfois, en l'abscence de toute pression autour du col. J'ai constaté le fait plus de dix fois chez les adultes, et une cinquantaine de fois chez les nouveau-nés.

Mais chez ces derniers il y a toujours une pression plus ou moins forte et plus ou moins longue du col fœtal par la vulve, ce qui rend le fait moins concluant que chez les noyés par exemple.

Quand la face reste pâle et livide, l'explication par une syncope préalable, sous l'influence de l'émotion, de la peur, n'est pas soutenable.

La pâleur s'observe aussi chez le nouveau-né, dira-t-on que la crainte du danger en est la cause?

Quant aux ecchymoses sous-péricardiques et sous-pleurales, elles ont été très-bien étudiées par Tardieu (1) et M. Pinard (2) dans un travail dont voici les conclusions :

1° Les ecchymoses se rencontrent tout aussi bien chez des fœtus morts par suite d'arrêt de la circulation que chez les enfants morts par suffocation ;

2° Que les cas dans lesquels on rencontre ces ecchymoses sur des fœtus morts avant la naissance ne sont pas si exceptionnels que le croyait Tardieu ;

3° Enfin, que chez des enfants morts quelques jours ou quelques heures après la naissance, par le fait même des conditions dans lesquelles ils se sont trouvés pendant le travail, on peut rencontrer avec des poumons pénétrés complétement par l'air, des taches ecchymotiques siégeant sur les poumons, le péricarde, le thymus, etc.

L'importance de ces conclusions, dans des cas analogues au précédent, ressort d'elle-même.

Prof. PAJOT.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Hygiène de l'enfance. — Question des tours. — Le rapport général lu par M. DEVILLIERS au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance présente cette année un intérêt particulier. Un grand nombre de travaux sur les tours y sont analysés, et cette importante question y est longuement discutée.

L'espace nous manquant pour publier le rapport *in extenso*, nous n'en donnons que les conclusions :

(1) Tardieu. *De l'infanticide.*

(2) Pinard. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1877.

« Les conclusions de ce rapport, dit M. Devilliers, doivent cette année se concentrer en grande partie sur les travaux qui vous ont été adressés au sujet des questions relatives à l'assistance des enfants abandonnés et aux tours, questions qui ont fait l'objet du concours pour le prix et celui d'autres mémoires rédigés en dehors de ce concours.

« Vous avez vu que parmi les auteurs de ces divers travaux les uns se moutrent adversaires déclarés des tours, tandis que les autres en demandent la réouverture, mais avec des modifications, et acceptent en même temps la réception des enfants à bureau ouvert, ainsi que les secours aux mères pauvres et filles mères.

« Les premiers, les adversaires des tours, invoquent en faveur de leur opinion les principaux motifs suivants :

« Les tours, par le secret qu'ils gardent, sont la cause de nombreux abandons d'enfants même légitimes ; le nombre de ces abandons et la mortalité des enfants ont diminué depuis la suppression des tours ; ceux-ci sont des machines à suppression d'enfants et à suppression de leur état civil. Les tours relâchent les liens qui doivent exister entre l'enfant et sa mère, puisque cette dernière, la plupart du temps, ne s'occupe plus de lui ; ils sont en même temps la ruine de l'allaitement maternel, que l'on doit au contraire chercher à encourager, et ils favorisent l'inconduite par l'impunité qu'ils donnent. D'un autre côté, la réception des enfants à bureau ouvert et les secours temporaires aux enfants et aux filles mères sont préférables parce qu'ils permettent à la mère de se rattacher à son enfant et même de l'allaiter lorsqu'elle le peut ou de le faire allaiter et de le surveiller. Par ce moyen, la mortalité des enfants est moins grande, les abandons moins fréquents, etc., etc.

« Les partisans des tours, de leur côté, affirment que le secret qu'ils gardent est précisément l'un des moyens qui préserve le plus sûrement la vie des enfants et l'honneur des mères ; ils nient formellement que les tours aient augmenté les abandons et facilité la débauche, les crimes sur les enfants ou à l'occasion des enfants. Les avortements, les infanticides, les suppressions de part, etc., ont au contraire doublé depuis la fermeture des tours, et l'un des auteurs, le Dr Sanguin, qui a fait des relevés laborieux sans un parti pris pour ou contre les tours, a trouvé en effet que la criminalité, en ce qui concerne les enfants, avait augmenté depuis la fermeture des tours. Ajoutons de suite que les statistiques citées au sujet de la

mortalité et de la criminalité par les fauteurs de l'opinion qui demande le rétablissement des tours paraissent beaucoup plus exactes et mieux étudiées que celles des partisans de l'opinion contraire. En tous cas, dans les statistiques fournies par les administrations départementales, on ne tient pas assez compte de plusieurs éléments, tels que la diminution du nombre des enfants incrits au secours, parce qu'ils ont cessé de vivre, etc. Dans le système actuel, il se commet aussi une foule de fraudes contre lesquelles la surveillance reste impuissante. Cependant ces mêmes partisans des tours admettent leur fonctionnement en même temps que celui de la réception des enfants à bureau ouvert et des secours temporaires aux mères. Tous les auteurs que nous avons cités et faisant partie de l'un ou l'autre camp sont d'accord pour reconnaître que l'inspection des enfants assistés ne devrait pas rester entre les mains de l'administration départementale, mais qu'elle devrait revenir aux commissions hospitalières et être confiée plutôt à des médecins. La plupart demandent aussi que pour les réceptions à bureau ouvert l'on abrège, autant que possible, les formalités dont la minutie et la lenteur entraînent trop souvent la mort des enfants.

« Vous avez dû remarquer parmi les moyens préconisés la nécessité d'nne révision de l'article 340 du Code civil, qui interdit la recherche de la paternité; beaucoup de bons esprits se rattachent à cette idée.

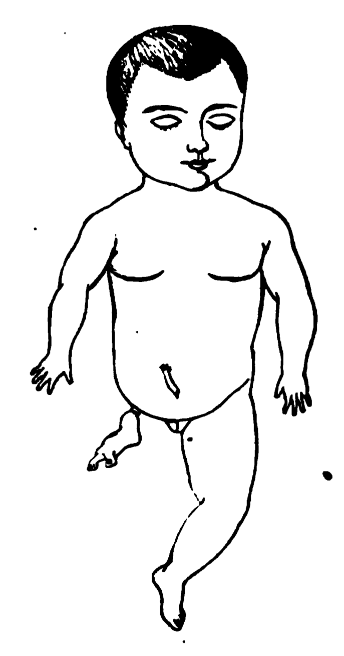
« Entre ces opinions opposées, l'Académie n'a pas à se prononcer d'une manière formelle ; mais ce qu'elle doit chercher avant tout, ce sont les moyens qui peuvent le mieux sauvegarder la vie des jeunes enfants et d'éviter le plus possible les crimes qui se commettent sur eux. Tous les moyens propres à atteindre ce but doivent donc, selon elle, être mis en usage. A ce point de vue elle croit que le tour, avec les modifications qu'on peut y apporter, n'est que le complément du bureau ouvert et des secours temporaires, lesquels appellent aussi des réformes indispensables.

« Nous attirons aussi votre attention sur un autre point de l'hygiène de l'enfance traité par des médecins distingués, le Dr Pamard (d'Avignon) et le Dr Zinnis, médecin d'Athènes, qui, étudiant l'influence pernicieuse des grandes chaleurs dans les pays du Midi sur les maladies intestinales et sur la vie des enfants, proposent l'envoi de ceux-ci dans des régions plus à l'abri des hautes températures, comme les montagnes et les vallées élevées.

« Enfin l'Académie ne cessera d'insister, comme les années précédentes et avec beaucoup de médecins, auprès de M. le ministre de l'intérieur pour que les articles de la loi relatifs à la constatation des naissances et des décès surtout soient mis partout à exécution d'une manière régulière. C'est un des obstacles les plus sûrs à opposer aux intentions criminelles. »

Tératologie. — Fœtus ectromélien. — M. Devilliers présente à l'Académie, de la part de M. le Dr Verrier, une pièce anatomique et une note relatives à un fœtus ectromélien du genre phocomèle.

La pièce, séparée du sujet affecté de la monstruosité (sujet qui n'a pu être conservé), consiste en un pied du côté droit qui se trouvait



attaché *directement* par de forts ligaments autour de la cavité cotyloïde, le reste du membre inférieur manquant d'une manière complète. Ce pied, qui n'a que deux orteils et probablement deux métatarsiens, appartenait à un enfant du sexe féminin, du reste très-bien conformé dans toutes les autres parties constituantes et dont l'autre

membre abdominal était complétement normal. Cet enfant était à terme et fort ; la tête, se présentant en deuxième position, avait mis beaucoup de temps à s'engager, et le travail, pendant lequel l'enfant est mort, a duré vingt-quatre heures chez une primipare âgée de 31 ans. Rien, chez les parents ou dans les antécédents de la famille, ne peut expliquer sérieusement l'arrêt de développement observé chez cet enfant.

Geoffroy St-Hilaire a classé parmi les monstres unitaires dans la famille des ectroméliens et dans le genre phocomère les êtres dont les mains et les pieds paraissent exister seuls et s'insérer immédiatemeut sur le tronc à l'instar de certains animaux aquatiques, comme les phoques, par exemple.

La phocomélie s'observe chez les hommes et chez les animaux. Elle affecte si rarement un seul membre abdominal ou thoracique et si souvent les deux membres supérieurs ou inférieurs, quelquefois même trois ou quatre membres à la fois, que Geoffroy St-Hilaire déclare ne pas connaître d'observation authentique de phocomélie simple.

Or la pièce et le fait que M. le Dr Verrier présente à l'Académie offrent à ce dernier point de vue un intérêt particulier, car il s'agit d'un cas de phocomélie simple du membre inférieur droit. Ce serait donc, selon les idées de Geoffroy St-Hilaire qui n'en avait pas trouvé d'exemple, un cas exceptionnel.

Ce fait, d'ailleurs, vient confirmer la loi formulée par ce même auteur que le sexe féminin prédomine chez les êtres anormaux par arrêt de développement. (*Séances du* 11 *et du* 24 *juin* 1879.)

A. Lutaud.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, par Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8° de 592 pages.

Le livre sur lequel nous appelons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs et dont l'analyse a été retardée par suite de circonstances indépendantes de notre volonté est destiné à faire suite à un ouvrage

publié il y a près de vingt ans et consacré à l'étude des maladies des organes génitaux externes de la femme.

Ce long intervalle entre l'apparition de deux livres destinés à faire partie d'une même œuvre ne pouvait manquer d'être remarqué ; mais M. A. Guérin prévient lui-même la critique et donne au public les raisons qui ont motivé ce retard. Il nous suffira du reste de reproduire quelques lignes de la préface de cet ouvrage pour montrer que l'éminent chirurgien a été guidé par des considérations d'un ordre supérieur.

« Quand je publiai les leçons que j'avais professées à l'hôpital de Lourcine, dit M. Guérin, j'avais l'intention d'en faire sur les maladies des organes génitaux internes, que j'avais étudiées avec un soin tout particulier pendant plusieurs années ; mais je ne tardai pas à reconnaître que, pour oser enseigner, il fallait avoir plus d'expérience que je n'en avais alors sur des maladies qui, affectant des organes moins accessibles à nos sens que les organes externes, offrent de réelles difficultés au point de vue du diagnostic. J'ai attendu plus de vingt ans, et peut-être me suis-je encore trop pressé. Pour ne citer qu'un exemple de la précipitation que l'on met à publier, il me suffira de rappeler ce qui m'est arrivé pour une des maladies sur lesquelles j'ai fait plusieurs leçons ; je croyais être bien sûr que les symptômes attribués au phlegmon du ligament large lui appartiennent à l'exclusion de toute autre maladie, et voilà qu'après m'être bien appesanti sur ce sujet, je me suis aperçu qu'un adéno-phlegmon situé en dehors de ce ligament se traduit à notre investigation par des signes que tous les gynécologistes ont attribués au phlegmon du ligament large.

« Je n'ai donc pas la prétention d'avoir irrévocablement fixé nos connaissances sur les maladies des organes génitaux de la femme ; mais je me suis décidé à publier mes leçons parce qu'elles sont l'expression d'une vieille expérience et de recherches consciencieuses. »

Comme dans ses ouvrages antérieurs, M. Guérin a choisi la forme des leçons, la seule qui convienne aux livres qui résument l'enseignement purement clinique. L'auteur s'est en effet attaché à exposer les résultats de sa pratique sans chercher à faire de l'érudition et de la théorie. C'est là une des qualités principales de son œuvre, qui est tout à fait personnelle et se présente avec un grand caractère d'originalité.

Ce volume contient dix-neuf leçons ; une introduction les précède, qui nous initie à la manœuvre du spéculum, au toucher vaginal et à l'hystérométrie. Puis l'auteur entre en matière et son premier chapitre traite de la menstruation. Il critique rapidement les théories diverses, décrit les caractères du flux menstruel et prépare ainsi l'étude des inflammations de l'utérus. Les six leçons suivantes ont pour objet les métrites : la métrite interne, la métrite parenchymateuse et la métrite chronique.

Nous appelons particulièrement l'attention sur le chapitre consacré à l'étude de la métrite interne, affection dont la pathologie est encore si obscure, malgré les nombreuses recherches dont elle a été l'objet.

La quatrième leçon, qui traite de la métrite puerpérale, présente un intérêt particulier. On sait combien est obscur le mot fièvre puerpérale : M. Guérin pense que l'on confond trop souvent deux maladies bien différentes, l'infection purulente provoquée par l'absorption à la surface de la plaie utérine des ferments atmosphériques, d'une part, et, d'autre part, la métrite puerpérale qui se complique souvent elle-même de péritonite et de phlegmon du ligament large. Il s'efforce d'établir le diagnostic entre ces deux maladies que séparent leur pathogénie et leur anatomie pathologique, leurs symptômes mêmes et leur traitement. Nous trouvons ensuite une leçon sur la métrite exfoliatrice ou dysménorrhée membraneuse ; une série de chapitres intéressants et nouveaux sur la métrite chronique terminent ce qui a trait à l'importante question des inflammations utérines.

La huitième leçon est consacrée à l'étude de la *congestion pelvienne*. Ce mot est préféré par M. Guérin à celui de *congestion utérine*, qui fait abstraction de l'intime solidarité des plexus veineux du bassin.

Parlant ensuite de la *fluxion* que M. Courty distingue de la congestion, il remarque avec raison qu'il est difficile d'établir une limite exacte entre la fluxion, la congestion et l'inflammation.

Dans la dixième leçon, l'auteur décrit l'adéno-lymphite péri-utérine et rapporte une très-intéressante observation d'adéno-phlegmon juxta-pubien simulant un phlegmon du ligament large. On trouvera dans ce chapitre d'excellents conseils pour le diagnostic différentiel des diverses inflammations phlegmoneuses du bassin de la femme.

L'espace nous manque pour faire connaître à nos lecteurs tous les points nouveaux et intéressants que nous avons remarqués dans le livre de M. Guérin. Nous signalerons cependant encore les leçons con-

sacrées à l'étude de l'ovarite, de l'hématocèle rétro-utérine et du cancer utérin.

L'œuvre de M. Guérin est surtout remarquable par la clarté et la précision avec laquelle l'auteur décrit les affections et les lésions qu'il a été à même d'observer dans le cours de sa longue pratique gynécologique. Ce sont là des qualités assez rares pour être particulièrement signalées. Nous n'avons qu'un regret, c'est que l'auteur n'ait pas jugé à propos de compléter son œuvre au point de vue chirurgical en décrivant les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie. Espérons toutefois que cette lacune sera comblée dans un autre volume.

Outre un assez grand nombre de figures originales intercalées dans le texte, on trouvera à la fin de cet excellent livre deux belles planches en chromo-lithographie. L.

VARIETÉS

Détroncation avec le fouet. — La lettre suivante était adressée, l'année dernière, à M. le Dr Dupuy, rédacteur en chef de la *Gazette obstétricale* de Paris :

Mon cher Confrère,

On lit dans le dernier numéro de la *Gazette obstétricale*, à propos d'*embryotomie :*

« Ce procédé (*la détroncation avec le fouet*) a été proposé par divers « accoucheurs, il y a une dizaine d'années déjà ; les premiers em- « ployèrent la scie à chaîne, mais en fin de compte, on s'arrêta de « préférence à la ficelle de fouet ; *cependant celle-ci pouvant* S'USER ET « SE ROMPRE *lorsqu'au lieu de rencontrer un disque vertébral, elle tombe* « *sur une vertèbre ou sur un autre os*, il ne serait pas mauvais d'avoir « un rachiotome. »

Permettez-moi quelques rectifications. D'abord il y a plus de vingt ans que j'ai démontré publiquement la possibilité de pratiquer la détroncation avec le fouet.

TOUS LES GENRES DE LIENS, JE LES AI EXPÉRIMENTÉS.

Je me suis arrêté au fouet, comme au meilleur et au plus commun.

Entre autres qualités, *il a celle de ne pas se rompre;* on se couperait les mains si l'on se tentait de le casser, sans secousse brusque, et encore !

Mais il faut, pour éviter qu'il ne se brise jamais, remplir *trois* conditions sur lesquelles j'insiste. Elles ne paraissent pas très-connues :

1° Il faut employer du fouet *bis* et non *blanc* comme on en trouve aujourd'hui dans le commerce; le fouet *bis* est du lin naturel, le *blanc*, du lin blanchi à la chaux;

2° Quand le fil arrive sur la colonne vertébrale (cela se sent tout de suite), il faut laisser glisser l'une des extrémités de ce fil dans une main et faire arriver sur le fœtus une portion du fouet *qui n'ait point encore servi à scier*;

3° Quand cette portion *neuve* du fil est engagée dans le sillon déjà creusé jusqu'au rachis, on doit, avant de recommencer à scier, tirer *lentement* et *fortement* en bas. On *luxe* ainsi la colonne cervicale et le fil passe alors, en sciant, sans aucune difficulté. *Les torons du fouet ne sont même pas entamés.*

Plus de cinquante fois, cette démonstration publique a été faite sur un mort-né à terme.

L'opération, bien pratiquée, demande *vingt* à *vingt-cinq secondes* (comptées à la montre) *pour la section fœtale* et l'on peut, en procédant comme je l'enseigne, répéter cette section sur *trois* et jusqu'à *quatre* fœtus avec le *même* fil, sans parvenir à le rompre.

Du moins, je n'ai jamais encore observé sa rupture.

Je demande donc qu'on veuille bien expérimenter, en usant du tour de main dont je me sers.

Agréez, mon cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Professeur PAJOT.

Aujourd'hui, la même objection est reproduite par notre excellent ami M. le Dr Tarnier.

Qu'il veuille bien lire cette réponse et en vérifier la justesse.

Diminuons donc le nombre de nos instruments au lieu de l'augmenter. Simplifions les compliqués, et ne compliquons pas les simples.

Là est la vraie voie, ce me semble.

Autrefois, le médecin allant à un accouchement portait une trousse, maintenant c'est une boîte, bientôt, si cela continue, il faudra une armoire. P. P.

Menstruation et grossesse précoces. — Avant de relater quelques cas récemment publiés sous cette étiquette, je dois faire une remarque préalable, c'est que tous n'en constituent pas des exemples incontestables, en ce qu'il est loin d'être démontré que ces hémorrhagies précoces se sont toujours accompagnées de l'ovulation. Mon scepticisme à cet égard se tire d'une part du résultat négatif des quelques autopsies qui existent dans la littérature et de l'autre du temps limité pendant lequel les sujets ont été soumis à l'observation. Assurément je ne veux point nier la possibilité de ces faits, mais le souvenir de ce que j'ai vu me rend à bon droit méfiant à l'égard de ces hémorrhagies qui sont le plus souvent des *pseudo-menstruations.* Voici maintenant les faits qui ont motivé ces réflexions

« Une fille de 7 ans, haute de 82 centimètres, mal nourrie et *qui a* « *été atteinte de rachitisme*, est menstruée depuis l'âge de *sept mois* « ou pour être plus précis a tous les quatre mois une hémorrhagie « par le vagin. L'écoulement, assez abondant, dure deux à trois jours « et est souvent précédé de maux de rein, de céphalalgie, de ver« tiges, etc. Les mamelles ont commencé à apparaître à la deuxième « année et sont présentement aussi développées qu'à la puberté. Les « grandes lèvres chargées de graisse sont velues ; le mont de Vénus « est par contre tout à fait glabre. L'intelligence correspond à l'âge « de l'enfant. (Césarano, *Il Morgagni,* octobre 1877). »

« Une fille dont les parents et les cinq frères ou sœurs n'offrent au« cune particularité notable a depuis l'âge de *deux ans et demi* une « hémorrhagie génitale qui revient toutes les trois ou quatre semaines. « Très-forte pour son âge et bien constituée, elle n'a d'autre anoma« lie qu'une élévation du crâne au niveau de la suture sagitale. Les « seins beaucoup plus forts qu'à cet âge ont des mamelons irritables « qui se plissent sons l'action du chatouillement. Les parties sexuelles « ont quelques poils follets. O Wachs (*Zeitschr. f. Geburst u. Gynak.* « t. I, p. 173), qui a observé cette enfant jusqu'à trois ans et demi, a « constaté qu'à la fin l'hémorrhagie était devenue peu abondante. »

« Une fille de *cinq ans et demi*, ayant les apparences de son âge et « n'ayant aucun exemple de précocité dans sa famille, est depuis un an « régulièrement sujette à un écoulement sanguin. Il dure trois jours « et peut être évalué à 56 grammes; il ne s'accompagne d'aucun « malaise; il a manqué deux fois et fut remplacé par une épistaxis « abondante. (Harrison Tetley, *The Lancet* 1878, t. II, p. 110. »

L'observation de James Young (*Edinb. med. Journal*, février 1877, p. 758) est moins extraordinaire. Il s'agit d'une jeune fille qui depuis l'âge de *sept ans* est régulièrement menstruée alors que sa mère l'avait été à sa onzième année. Dans le midi de la France, il n'est pas excessivement rare de voir la menstruation s'établir à la septième année; pour ma part j'en ai recueilli trois exemples.

L'observation de Molitor (Bulletin de l'Acad. de Belgique 1878, t. XII, 2e livr.) est de toutes ces observations la plus remarquable, et est en même temps un exemple de précocité extraordinaire à tous les points de vue.

« Une fille venue au monde avec le pubis couvert de poils noirs commence à être réglée à *quatre ans* et acquit peu après le développement pubère de tout le corps. A huit ans, à la suite de rapports sexuels fréquents avec un homme de 32 ans, elle présenta les signes d'un embarras gastrique avec ictère. Ce dernier disparut bientôt, mais l'inappétence, les appétits bizarres, les nausées et les vomissements persistèrent. Peu après, elle tomba sérieusement malade. On apprit alors qu'à la suite d'une suspension menstruelle ayant duré trois mois, elle avait eu une forte perte de sang coagulé, accompagnée de douleurs dans le bas-ventre et les parties génitales. Les seins étaient gonflés, douloureux, et à l'hypogastre existait une tumeur oblongue, douloureuse, inclinée à droite. L'index introduit par le vagin très-étroit et court fit constater le développement de l'utérus.

Deux mois après, la malade était encore faible et sujette de temps à autre à des pertes sanguinolentes; l'abdomen était sensible, tendu, quand se fit l'expulsion d'une masse de chair informe, du volume de deux poings, constituée par de fausses membranes, des caillots noirs; au milieu se trouvait un embryon disposé en demi-cercle, ayant 35 millimètres de longueur, pesant 14 à 15 grammes et correspondant à la troisième semaine de la grossesse.

Sauf erreur, c'est là le quatrième exemple de grossesse survenue à la huitième année. Les faits antérieurs sont celui de la fille d'Ypres dont il est parlé dans le *Journal des Savants* (1684, p. 168), celui de

Schmidt (*Journal de Méd.* 1762, t. XVI, p. 106), et enfin celui de Mayer (*Syst. Handbuch zur Erk. u. Heilung de Blutflusse*, Wien 1805, t. II, p. 381). Dans celui de Schmidt, qui est le plus circonstancié, le fœtus dut être extrait par morceaux.

Pour clore cette note, je signalerai un cas de Wheeler (*Amerik med. Bi-Weckly*, 22 juin 1878) qui bien que moins exceptionnel a son intérêt. Il s'agit d'une fille qui devenue enceinte d'un garçon de 18 ans accoucha à 12 ans onze mois et mourut d'éclampsie. Avant sa grossesse elle avait été deux fois menstruée. Les seins étaient bien développés mais le Mont de Vénus était dénué de poils. Pour le dire en passant, j'ai relevé plusieurs exemples de grossesse à cet âge qui se sont terminés heureusement.

Dr A. PUECH.

La question des tours, par M. le Dr DELORE. — On a beaucoup écrit pendant ces quelques dernières années sur les tours; de longues polémiques ont été engagées dans la presse médicale et grâce à l'agitation suscitée et entretenue par quelques-uns de nos confrères, l'opinion publique, qui avait autrefois condamné cette institution, semble aujourd'hui évoluer dans un sens opposé. Il est même probable que la question du rétablissement des tours, portée devant le Sénat où elle a été fort bien accueillie, donnera lieu à une discussion qui se terminera par une loi favorable.

Beaucoup de nos confrères, frappés de la mortalité considérable qui sévit sur les nouveau-nés et de l'augmentation du nombre des infanticides, se sont en effet laissé séduire par les arguments exposés par les publicistes et croient fermement à la nécessité de revenir au moyen âge et de rétablir les tours. Mais nous pensons que beaucoup d'entre eux ont été entraînés par l'enthousiasme et qu'un examen plus attentif des faits leur fera envisager la question sous un jour plus vrai.

Dans une brochure récemment présentée à l'Académie de médecine par M. J. Bergeron, M. Daché avait déjà réagi contre les tendances actuelles et proposé des mesures autres que le tour pour remédier à la dépopulation de la France.

Nous appelons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur un remarquable travail d'un de nos collobarateurs, M. Delore, dans lequel

la question des tours est étudiée avec un grand sens pratique (1).

Après avoir passé en revue les arguments mis en avant par les partisans du rétablissement des tours, M. Delore les réfute un à un et insiste particulièrement sur ce fait, que le nombre des infanticides n'a pas augmenté en France pendant ces dernières années ainsi qu'on l'avait prétendu. En ce qui concerne l'avortement il est évident que, dans la plupart des cas, la femme se fait avorter pour dissimuler sa grossesse et que les tours ne sauraient empêcher ce crime.

M. Delore examine ensuite les considérations morales et sociales qui ont été exposées pour ou contre les tours. Puis il résume dans une série de propositions très-précises les mesures qui lui paraissent de nature à remédier à la mortalité des nouveau-nés et par suite à la dépopulation de la France.

Voici les plus importantes de ces propositions :

Rendre le service des enfants assistés aux commissions hospitalières en leur remettant un règlement très-explicite dont elles ne puissent s'écarter.

M. Delore n'a point la prétention d'entrer dans tous les détails que comporte une organisation aussi difficile, et il pense que l'État devra dicter ses conditions au point de vue des dépenses qu'il assumerait tout entières à sa charge. Quant au reste, qu'il donne sa démission le plus possible, c'est le moyen d'être utile aux enfants qu'il veut protéger.

L'administration, dit F. Passy, est une admirable machine, mais c'est une machine ».

Pour sauver de frêles existences, il faut à un moment donné une générosité charitable que ne comporte pas le règlement du bureaucrate le plus zélé, les administrateurs des hôpitaux seront moins astreints à la lettre des prescriptions officielles ; ils savent que noblesse oblige et ils s'imposeront des sacrifices de toutes sortes dans l'intérêt des pupilles qui leur seront confiés ; ils auront plus d'indépendance, gage certain d'une initiative plus féconde.

L'auteur ne repousse pas cependant le contrôle de l'État, puisqu'il demande que l'État soit chargé de toutes les dépenses pour éviter les difficultés de l'enquête.

---

(1) *La vérité sur les tours*, par X. Delore, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. Paris, 1879. A. Delahaye et Cie.

Un inspecteur sera choisi dans le corps médical par les commissions hospitalières du département, pour être mis à la tête du service. Ce sont les questions médicales qui dominent dans le service des enfants assistés : questions de grossesse, d'hygiène et de mortalité des enfants, d'allaitement maternel, de nourrices, d'inspection, etc., et le médecin à cause de ses études et de la direction constante de son esprit aura plus d'aptitude surtout s'il a passé par les hôpitaux. S'il se trouve ailleurs un homme ayant plus de compétence, qu'on le choisisse.

Le domicile de l'inspecteur devrait être d'un abord facile, de façon que la visite faite par une fille enceinte ne puisse la compromettre.

Les bureaux de l'assistance pourraient être munis de compartiments à cellules analogues à ceux des monts-de-piété, afin que les inscriptions et les autres démarches exposassent le moins possible la fille à être vue.

Le secours à domicile mériterait d'entrer dans l'organisation du service des enfants. On connaîtrait ainsi beaucoup mieux la personne qu'on assiste; on aurait plus d'influence sur elle, on l'exposerait moins aux épidémies puerpérales et on enlèverait à l'enfant beaucoup de chances de mortalité. L'isolement, le fait est aujourd'hui incontesté, est le meilleur moyen de préserver la vie de la femme en couche et de l'enfant.

L'assistance chez les sages-femmes est pratiquée sur une grande échelle à Paris et a fourni d'excellents résultats; on ne devrait point négliger cette ressource précieuse.

La divulgation de la grossesse me paraît une mesure à prendre. Ce serait un fait très-important si l'on pouvait par des moyens quelconques décider les filles grosses à confier leur situation à une personne autorisée. On préviendrait de la sorte une foule d'avortements et d'infanticides. M. Nourrisson a déjà fait une proposition analogue. Le médecin inspecteur serait chargé, sous le sceau du secret, de recevoir les confidences ou dans son bureau ou par correspondance. Il dirait aux filles enceintes : Venez à nous, nous vous entourerons de toutes la bienveillance possible, nous vous aiderons, nous vous protégerons, nous vous donnerons des secours pécuniaires, nous vous indiquerons la conduite que vous avez à tenir ; mais vous nous direz en retour qui vous êtes ; nous voulons la vérité tout entière; nous serons des confidents d'une discrétion absolue dans tous les cas, généreux si vous êtes vraies, mais sévères si vous nous trompez. Un semblable

langage avec preuves à l'appui gagnerait bien vite de pauvres filles peu habituées à trouver de l'intérêt pour leur faute.

L'inspecteur, suivant ce que lui dicteraient les circonstances ou son expérience personnelle, prendrait des décisions différentes au sujet de ces filles qu'il aurait inscrites avec soin.

Les unes retourneraient chez elles avec promesse de l'assistance à domicile; d'autres seraient dirigées chez des sages-femmes commissionnées à cet égard; un certain nombre seraient placées dans des maisons d'attente ou elles gagneraient le vivre par un travail facile; on en répartirait aussi dans les maternités fermées ou dans les cliniques obstétricales. L'inspecteur statuerait aussi sur le sort des enfants.

Il imposerait à certaines mères la charge de leur enfant, complète ou non suivant leur situation pécuniaire.

L'allaitement maternel serait encouragé toutes les fois qu'il serait possible; la fille qui allaite aurait une rémunération double de celle qui donne l'enfant à une nourrice.

Enfin l'abandon serait fait largement toutes les fois que des circonstances graves l'exigent, et on l'entourerait d'un secret absolu.

On sauverait ainsi bon nombre d'existences et on posséderait une enquête préalable qui dispenserait de recherches longues et difficiles.

L'enquête dans le système à bureau ouvert est très-préjudiciable à la vie du nouveau-né et produit une mortalité regrettable, sur laquelle il faut avoir l'œil ouvert. 11 pour 100 des enfants meurent avant d'être immatriculés, mais tous ne sont pas à la charge de l'enquête; il faut défalquer de ce chiffre les non-valeurs dont on ignore le nombre exact; M. Delore a proposé l'enquête préalable afin de gagner du temps; mais évidemment l'enquête après l'accouchement devra se faire fréquemment, il faut donc perfectionner cette partie du service sous peine d'avoir encore longtemps l'affligeant et humiliant spectacle d'enfants qui, entrés bien portants à la crèche, ne peuvent plus aller en nourrice après une attente de quelques jours et par le fait meurent d'inanition.

La mortalité due aux lenteurs de l'enquête est le produit du formalisme bureaucratique. Les commissions hospitalières se préoccuperaient surtout des intérêts de l'enfant, actuellement il me semble qu'on met en première ligne le règlement et le budget. On devra donc faire tout pour avoir une enquête rapide, et si elle ne peut aboutir immédiatement, on enverra de suite l'enfant en nourrice dans le cas où la mère est incapable de l'allaiter, dût-on le faire re-

venir quelques jours après, ou bien on lui donnera dans l'hospice une nourrice provisoire. Il importe que l'enfant assisté reçoive des soins immédiats.

Il faut aussi que l'enquête s'entoure d'un secret rigoureux et que les agents et les employés des mairies reçoivent des instructions sévères à cet égard.

L'allaitement maternel est le souverain remède dans la difficile question que nous agitons en ce moment. Si l'allaitement maternel était en honneur et devenait la règle, on n'aurait plus à redouter les lenteurs de l'enquête et la mortalité effrayante que signalent les statistiques.

Il faut donc le favoriser à tout prix et par tous les moyens possibles. Actuellement que l'argent ne coûte plus rien, qu'on assure une somme à la mère qui aura nourri son enfant elle-même jusqu'à l'âge d'un an, ce qui n'empêchera pas de lui donner son secours mensuel comme aux autres filles qui ont la charge de leur enfant. Des esprits chagrins ne manqueront pas de crier au scandale et de dire qu'il est immoral de donner une prime à la débauche, de favoriser plus les filles-mères que les femmes légitimes, mais qu'on dise bien haut que cet argent est destiné à sauver la vie des petits nouveau-nés qui meurent par milliers en France ; que la mère est encore le meilleur instrument qu'on ait trouvé pour atteindre ce but.

Il faut donc laisser l'enfant à sa mère et que tout vise à ce but sans cependant abandonner complétement sa surveillance.

Abandon. — Dans la pensée de beaucoup de gens du monde le tour seul permet à la fille d'abandonner son enfant et d'en être complétement déchargé. C'est là une erreur ; les bureaux des enfants assistés acceptent l'abandon sur une large échelle, comme le prouvent les chiffres que j'ai cités précédemment. Ils l'imposent même aux mères indignes, à celles qui vivent dans une inconduite notoire. Ils le tolèrent pour les mauvaises mères qui ont la volonté obstinée de ne pas nourrir. Ils le conseillent dans les cas de misère extrême, d'isolement absolu, de santé profondément délabrée et d'intelligence bornée ; ils le subissent même exceptionnellement pour quelques enfants légitimes.

Ainsi l'abandon existe. Quand une mère veut abandonner son enfant elle le remet définitivement aux soins de l'assistance et elle n'a plus à s'en occuper désormais.

Dans les classes aisées, l'abandon se fait autrement ; le médecin ou

la sage-femme déclarent l'enfant à la mairie né de père et de mère inconnus ; ils le placent en nourrice et en restent chargés désormais. On conçoit jusqu'à un certain point l'abandon dans certaines conditions et il est possible d'admettre que la jeune fille violée, ainsi que sa famille, se soucie peu du nouveau-né qui survient à l'improviste, mais il faut restreindre l'abandon qui est un mal, puisqu'il produit la mort d'une foule de petits innocents ; l'honneur des familles est une bien belle chose ; mais il devrait consister d'abord à garder ses filles ; et puis la vie d'un enfant aussi est une belle chose ! L'honneur des familles devrait consister à faire nourrir les filles qui ont eu des enfants. En outre M. Delore demande formellement qu'il soit interdit au service des enfants assistés d'accepter moyennant une somme de quinze cents francs l'abandon des enfants naturels des personnes aisées. C'est une pratique servile dont le médecin qui se respecte doit aussi s'affranchir, et qu'il faut laisser aux sages-femmes et aux bureaux de nourrices.

Les Sociétés protectrices de l'enfance représentent l'effort le plus considérable fait par les particuliers en faveur des nouveau-nés depuis Saint-Vincent-de-Paul. Les statistiques en démontrant la mortalité énorme ont fait comprendre à notre génération quelle était leur utilité, et immédiatement elles ont pris une grande extension. Elles ont eu le rare mérite d'allier sous leur drapeau le prêtre, le pasteur, le rabbin, le philanthrope et le franc-maçon.

Actuellement elles sont fortement organisées et l'État peut compter sur leur concours sérieux pour tout ce qui concerne la protection de l'enfance. Sans aucun doute elles se décideraient volontiers à comprendre dans leur sphère d'action les enfants illégitimes, et d'accord avec les commissions hospitalières il devrait leur donner un rôle actif dans l'œuvre des enfants assistés.

L'inspection serait en partie confiée à la Société protectrice qui enverrait visiter les pupilles par les médecins qui lui sont affiliés et par ses dames patronesses.

Ces visites charitables et bienveillantes n'empêcheraient pas l'inspection officielle qui aurait un objectif différent.

Les Sociétés protectrices de l'enfance ont fondé de petites crèches qui rendent de grands services.

Ainsi que M. Rodet, M. Delore désirerait que les illégitimes eussent aussi leurs crèches spéciales, afin que la fille-mère puisse continuer à l'atelier le travail qui la fait vivre. Je voudrais voir fonder des

œuvres analogues pour les filles enceintes. Ce seraient des maisons tenues par des femmes respectables, qui recevraient et nourriraient 3 ou 4 filles enceintes seulement, moyennant un modique salaire ou un travail peu pénible. Dans ces maisons de refuge, la fille serait entourée d'une protection bienveillante et elle échapperait ainsi aux funestes suggestions de la misère et du vice.

Ces maisons seraient destinées à celles qui n'ont point de domicile où elles puissent convenablement attendre leur terme. Dans nos maternités on ne peut les recevoir longtemps d'avance sans danger d'encombrement et d'affections épidémiques.

L'auteur désirerait aussi voir fonder l'œuvre des filles nourrices sur les mêmes bases que je viens d'indiquer. Remise de ses couches, la fille qui nourrit son enfant et qui ne peut rentrer dans sa famille serait conduite dans une maison où elle resterait pendant toute la durée de l'allaitement. A sa sortie on lui chercherait une situation pour elle et son enfant. Une dernière œuvre semble le corollaire obligé de cet ensemble de mesures, il faudrait une providence d'enfants naturels des mères qui habitent les grandes villes. Là on les instruirait et on leur apprendrait une profession.

Ce qui pousse l'enfant naturel à devenir criminel, c'est l'infériorité de son état social dont il est frappé de bonne heure. En sortant de la providence où son amour-propre n'aurait pas contracté une ombrageuse susceptibilité, il entrerait dans la société avec des aptitudes qui le relèveraient à ses propres yeux; un certain nombre serait dirigé vers les colonies agricoles qui ont été fondées dans le but d'initier les enfants abandonnés aux travaux des champs et qui méritent d'être encouragées par la société.

Les bureaux de nourrices privés devraient recevoir la mission de fournir aux besoins de l'assistance publique. L'expérience est faite; l'industrie particulière l'emporte de beaucoup sur l'administration pour toutes les questions de cet ordre. Qu'on demande donc des nourrices aux bureaux particuliers, qu'on passe des contrats avec eux, qu'on soit sévère pour l'examen des sujets qu'ils fournissent, mais qu'une grande administration n'aille pas se mêler de petits détails pleins de minuties, pour lesquels elle est d'une incompétence parfaite.

Enfin M. Delore signale la recherche de la paternité. Avec tous les honnêtes gens, M. Bérenger la demande et l'établissement de cette mesure est destiné à une grande efficacité.

Nous n'avons rien à ajouter aux arguments si habilement exposés

par notre confrère ; ils démontrent, mieux que nous n'aurions pu le faire nous-même, que le législateur possède contre la mortalité des nouveau-nés des mesures plus efficaces que le rétablissement des tours qui constituerait un retour pur et simple aux pratiques du moyen âge.

A. LUTAUD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Zur Discussion über Porro's methode der Kaiserschnittes. (*De l'opération césarienne d'après la méthode de Porro; relation d'un nouveau succès*), par BREISKY (*Arch. f. Gyn.*, id , p. 102).

L'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique a été pratiquée jusqu'à 12 fois et a donné un égal nombre de succès et de revers, en y ajoutant les 2 observations de Wasseige, de C. v. Braun, de Vienne, de Puvitole de Bergame, de Chiara de Milan, et de Hegar de Fribourg en Brisgau.

Noch ein Bertrag zum Baue der menschlichen Eihussen. (*Une nouvelle étude de la structure des enveloppes de l'œuf humain*), par BLACHER, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, t. XIV, p. 121).

Ueber di Totalextiraption des Uterus, par KOCKS, de Bonn (*Arch. f. Gyn.*, id., p. 127). Ce cas suivi de succès est encore intéressant au point de vue anatomo-pathologique. On a trouvé à gauche deux ovaires. L'ovaire surnuméraire a deux centimètres en longueur, un en largeur et sept millimètres d'épaisseur. Son parenchyme, son hile, le follicule récemment rompu comme les cicatrices anciennes existant sur la surface mettent hors de doute que cet ovaire a fonctionné tout comme les autres.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Traité clinique des maladies des femmes, par GAILLARD THOMAS. Traduit et annoté par le Dr Auguste LUTAUD. 1 vol. in-8 de 760 p., avec 301 figures intercalées dans le texte. — Paris, lib. H. Lauwereyns. — Prix : 16 fr.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MATÉRIAUX POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE

Deux observations, l'une suivie de mort, l'autre de guérison,

Par M. Tarnier,
Chirurgien en chef de la Maternité de Paris,

OBSERVATION I. — *Tumeur fibreuse opposant un obstacle absolu à l'accouchement; opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires, d'après la méthode de Porro.* — *Mort*

Mme X..., primipare, âgée de 33 ans, de bonne constitution, habituellement bien portante, a quelquefois ressenti un peu de lassitude dans le bas-ventre; depuis deux ans elle est atteinte d'une hernie inguinale gauche, qui est maintenue par un bandage.

Les règles apparues pour la première fois à 12 ans sont,

depuis cette époque, venues régulièrement tous les vingt-sept jours. La dernière menstruation a eu lieu du 17 au 21 avril 1878. Rapprochements sexuels le 22 avril, le 30 avril et le 19 mai.

A partir de la fin de mai, Mme X... éprouve tous les symptômes d'une grossesse.

Le Dr Reinvillier, médecin de Mme X..., après avoir constaté l'existence d'une tumeur fibreuse occupant l'excavation pelvienne, demande l'avis de son confrère M. Tarnier qui, le 16 janvier 1879, examine la malade pour la première fois, et exprime de grandes craintes sur l'issue probable de l'accouchement.

Le 18 janvier, les Drs Depaul, Reinvillier, Tarnier, réunis en consultation, constatent les faits suivants : le ventre est volumineux ; le fond de l'utérus remonte jusqu'à la région épigastrique. Par le palper on sent facilement le fœtus qui se présente par l'extrémité céphalique ; sa tête est située dans une espèce de loge saillante que l'utérus forme au-dessus et un peu en avant du pubis. Les battements du cœur fœtal sont nettement perçus.

En pratiquant le toucher on trouve une énorme tumeur fibreuse qui remplit toute l'excavation pelvienne et refoule le col de l'utérus en haut et en avant, derrière le corps du pubis où il est difficilement accessible au doigt. Cette tumeur est peu mobile.

Une autre tumeur fibreuse, moins volumineuse que celle dont nous venons de parler, occupe la paroi latérale gauche de l'utérus où elle est sentie par le palper abdominal.

D'un commun accord, il fut convenu qu'il fallait attendre et que, peut-être, pendant le travail de l'accouchement les contractions utérines déplaceraient la tumeur, ainsi que MM. Depaul et Tarnier l'avaient vu plusieurs fois dans d'autres circonstances. Si ces espérances ne se réalisent pas, on devra pratiquer l'opération césarienne. Au sortir de cette consultation, M. Tarnier, pour parer à toute éventualité, prit toutes les dispositions nécessaires pour une opération de Porro, et prévint les aides dont il avait besoin.

Mme X... fut placée à Neuilly dans une maison de santé où elle continua à recevoir les soins du Dr Reinvillier.

Le 17 février 1879, la malade étant arrivée au terme de sa grossesse, ayant peut-être même dépassé ce terme de quelques jours, les membranes de l'œuf se rompirent et du liquide amniotique, teinté de méconium, s'écoula en abondance; quelques petites contractions utérines apparurent pour disparaître bientôt.

Même état les trois jours suivants.

Le 21. Les mouvements de l'enfant cessèrent et la disparition des battements du cœur fœtal ne laissa aucun doute sur la mort de l'enfant.

Le 22 et le 23. Il y eut du malaise, quelques petits frissons, des vomissements, et le liquide qui s'écoulait par le vagin, devint progressivement fétide. Le 23, le pouls s'éleva à 120.

Le 24. Même état. De plus, la langue est sèche; des gaz se sont développés dans la cavité utérine où ils rendent un son tympanique quand on percute. L'utérus ne se contracte pas, le col reste fermé et la tumeur fibreuse occupe toujours l'excavation pelvienne où elle est immobile, mais il est évident que la malade présente tous les symptômes de l'infection putride et que sa vie est en danger.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, M. Tarnier pratique l'opération césarienne en présence de MM. Reinvillier, Dumont-Pallier, Guéniot, Duplay, Léon Labbé, Polaillon, Lucas-Championnière, Pinard, Budin, Champetier de Ribes, Maygrier.

Le chirurgien et ses aides se lavent les mains dans de l'eau phéniquée. La paroi abdominale et les parties génitales de la malade sont lotionnées avec une solution d'acide phénique et pendant toute la durée de l'opération, un appareil de pulvérisation lance sur tout le champ opératoire un nuage d'eau phéniquée. Chloroformisation.

Après avoir incisé largement la paroi abdominale sur la ligne médiane, M. Tarnier engage ses aides à presser le ventre sur les parties latérales, pour faire sortir hors de l'abdomen l'utérus et ses annexes, suivant la modification apportée par Rein et

Müller à l'opération de Porro. Ce résultat est bientôt obtenu, et tous les assistants remarquent le volume énorme des vaisseaux qui des ligaments larges se rendent à l'utérus, et l'existence d'un cordon de la grosseur d'une plume de corbeau, libre de toute adhérence sur un trajet de 8 centimètres, s'insérant par l'une de ses extrémités sur l'utérus et par l'autre sur le ligament large. Ce cordon, de couleur rouge, et ressemblant d'un manière frappante à un ver de terre, est constitué par une veine turgescente. Ce cordon vasculaire dont la rupture eût pu donner lieu à une hémorrhagie considérable, est excisé entre deux ligatures préalables.

Pour plus de sécurité une ligature est jetée de chaque côté sur le ligament large qu'elle traverse de manière à étreindre les gros vaisseaux utérins dont il a été parlé plus haut.

L'utérus est alors incisé; au moment de cette incision des gaz fétides s'échappent en abondance de la matrice, et M. Tarnier fait l'extraction d'un fœtus et d'un placenta déjà putréfiés. Le tissu conjonctif de l'utérus est verdâtre et infiltré. La surface interne de l'organe est manifestement en putréfaction.

L'enfant, de sexe masculin, pèse 4 kilogrammes 500 grammes.

Malgré les ligatures préalables, du sang, en notables quantité, s'écoule par la plaie utérine ; il est arrêté par des pinces hémostatiques.

Par des tractions modérées on essaie de faire sortir de l'excavation pelvienne la tumeur fibreuse qui y est engagée; mais ces tractions sont inutiles. En glissant la main à côté de cette tumeur on reconnaît qu'elle est fixée au fond du petit bassin par des adhérences si puissantes qu'il est impossible de les rompre.

Restait à enlever l'utérus; mais la tumeur qui plongeait dans l'excavation pelvienne et qui se prolongeait assez haut sur la face postérieure de la matrice mit un grand obstacle à ce temps de l'opération. Fallait-il placer un fil de fer constricteur au-dessus de la tumeur? Après avoir posé la question et consulté ses aides, M. Tarnier prit le parti d'évider la partie centrale de la tumeur et de n'en laisser subsister que la coque extérieure. En incisant la tumeur on en trouva le tissu ramolli

et parsemé de cavités contenant un liquide putride. Un fil de fer, serré à l'aide du constricteur de Cintrat, fut fixé à l'union du corps et du col de l'utérus et une broche fut placée au-dessous de ce fil de fer. Le pédicule comprenant non-seulement l'utérus, mais l'enveloppe de la tumeur fibreuse fut maintenue au dehors. Le corps de l'utérus et les ovaires furent ensuite excisés à un centimètre au-dessus de l'anse formée par le fil de fer.

La paroi abdominale fut suturée avec des fils d'argent, audessus et au-dessous du pédicule; on fit le pansement de Lister et l'on reporta la femme dans son lit. Trois jours après elle succombait avec les symptômes d'un empoisonnement septique.

Remarques faites par M. Tarnier à propos de cette observation. — 1° Le travail de l'accouchement ne s'est point manifesté franchement, et cette anomalie doit être attribuée à ce que la tumeur fibreuse supportait en grande partie le poids du fœtus et s'opposait ainsi à ce que l'œuf fît effort sur le col.

2° L'innocuité de la rupture prématurée des membranes, lorsque l'enfant est vivant, n'existe plus lorsque l'enfant est mort, car alors celui-ci se putréfie. La rupture prématurée des membranes coïncidant avec la mort du fœtus, doit donc être considérée comme une indication pressante de l'emploi des moyens propres à provoquer et à accélérer l'expulsion ou l'extraction du fœtus.

3° L'existence de tumeurs fibreuses de l'utérus, dans le segment inférieur de l'organe, constitue une complication grave lorsqu'on veut faire l'opération de Porro. L'évidement d'un fibrome est difficile et la coque qui en résulte donne un mauvais point d'appui au fil de fer qui étreint le pédicule. Mieux vaudrait placer ce fil de fer au-dessus de la tumeur, quand on ne peut pas l'enlever complétement.

4° Autant que possible, il faut opérer de bonne heure. En agissant ainsi, on sauve presque toujours l'enfant et on opère la femme dans de bonnes conditions de réussite. Quand on temporise trop longtemps, l'enfant est exposé à mourir par suite

d'un travail prolongé outre mesure, et la femme par l'épuisement de ses forces, ou sous le coup d'un empoisonnement putride, perd la plus grande partie de ses chances de guérison.

OBSERVATION II. — *Opération césarienne, suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires, d'après la méthode de Porro, faite à la Maternité, le* 20 *mars* 1879, *par M. Tarnier; Pansement de Lister. Guérison. (Observations recueillies par M. Maygrier, interne du service).*

Marie Condat, couturière, âgée de 36 ans, entre à la salle d'accouchements de la Maternité, le 20 mars 1879, à 11 heures 45 m. du matin.

Cette femme présente toutes les traces du rachitisme. Sa taille est de 1 m. 23 centim. Les membres supérieurs sont courts, les avant-bras incurvés, les mains petites, les doigts courts. Les membres inférieurs sont très-déformés; les tibias sont incurvés et décrivent une double courbure, l'une à convexité antérieure, l'autre à convexité interne; cette dernière est surtout prononcée à la partie inférieure de l'os, en sorte que les pieds ne peuvent être rapprochés l'un de l'autre, et sont déjetés en dehors. Le thorax est bien conformé, la colonne vertébrale n'est pas déviée.

On retrouve des traces de rachitisme dans la face, dont le front est large, bombé, saillant en avant. Les dents manquent presque toutes; celles qui restent sont cariées.

Voici les renseignements que nous obtenons sur les antécédents de la malade :

Elle a marché d'assez bonne heure, vers l'âge d'un an, mais elle est tombée malade à deux ans, et a dû garder le lit deux années. Elle n'a pu recommencer à marcher qu'à l'âge de sept ans, et avec des béquilles. Depuis cet âge, elle marche toujours avec ses béquilles, mais elle peut s'en passer pour aller et venir dans sa chambre.

A l'âge de 18 ans, elle dit avoir eu une fièvre qui l'a retenue trois mois au lit.

Elle est d'une santé chétive, et sujette à de fréquents accès d'hystérie.

Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans ; depuis, elle a eu des époques menstruelles très-régulières, durant chacune deux jours environ.

Elle affirme n'avoir *eu qu'un seul rapport sexuel* dans les derniers jours du mois de mai 1878 ; mais elle ne peut préciser le moment où elle a senti remuer son enfant pour la première fois; bien plus, elle ne se croyait même pas enceinte, car elle a eu, dit-elle, ses règles comme d'habitude en juin, juillet, août et septembre 1878 ; elles ont cependant disparu en octobre, et, inquiète, elle a consulté un médecin qui a méconnu la grossesse.

Le dimanche 16 mars, elle a ressenti des douleurs lombaires extrêmement vives ; ces douleurs devinrent telles qu'elle envoya chercher le médecin du bureau de bienfaisance, qui lui ordonna le repos au lit ; les douleurs de reins continuèrent le lundi 17 ; puis le 18, vers 8 heures du matin, elle se sentit subitement mouillée, et perdit une notable quantité d'eaux ; les douleurs diminuèrent un peu. Le même fait se renouvela le lendemain, mais en même temps les douleurs lombaires reparurent très-violentes.

Un autre médecin fut alors appelé ; il constata la grossesse, et envoya la malade à l'hôpital Beaujon, d'où on la dirigea immédiatement sur la Maternité, où elle arriva le 20 mars, à 11 h. 45 m. du matin.

Examen à l'entrée : Le ventre est volumineux, la paroi abdominale assez épaisse ; l'utérus se contracte fréquemment sous la main, ce qui rend presque impossible le diagnostic de la présentation par le palper ; on croit cependant reconnaître une présentation du sommet en O.I.G.A. L'auscultation ne dénote l'existence d'aucun bruit fœtal. Au toucher, on sent le col ramolli, mais ayant encore une certaine longueur ; l'orifice

externe est un peu entr'ouvert. Le doigt sort teint de méconium.

Le bassin mesure 6 centimètres dans son diamètre sacro sous-pubien ; de plus, les parois antéro-latérales de l'excavation pelvienne sont fortement déprimées et font saillie en dedans ; l'enfoncement antéro-latéral est plus considérable à gauche qu'à droite. Il s'agit d'un bassin rachitique pseudo-ostéomalacique, frappé d'arrêt de développement, rétréci dans tous ses diamètres.

Après cet examen, M. Tarnier conclut à l'impossibilité de pratiquer une opération à travers un canal pelvien aussi étroit et se décide à faire l'opération césarienne.

L'opération a lieu le 20 mars à 3 h. 1/2 de l'après-midi. Elle est faite dans l'amphithéâtre ordinaire des opérations, en présence des élèves, par M. Tarnier, assisté de MM. Polaillon, Lucas-Championnière, Berger et Budin.

Après avoir vidé le rectum et la vessie, on fait dans le vagin une injection avec une solution phéniquée au vingtième ; on lave avec la même solution la paroi abdominale et les parties génitales externes, sur lesquelles on applique une compresse phéniquée. Un pulvérisateur à vapeur projette une pluie fine d'eau phéniquée pendant toute la durée de l'opération.

La malade est chloroformée, et à 3 h. 1/2, M. Tarnier incise la paroi abdominale sur la ligne blanche ; cette incision a une longueur de 15 à 16 centimètres environ ; elle s'arrête à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic qui est contourné avec le bistouri ; pendant cette incision, des pinces à pression sont placées immédiatement sur les vaisseaux de la paroi qui donnent du sang.

L'utérus, qu'on laisse dans l'abdomen sans l'attirer au dehors est ensuite ouvert par sa face antérieure sur la ligne médiane ; quand cette incision est terminée, on voit apparaître un bras au-dehors ; M. Tarnier introduit alors la main dans la plaie utérine, va chercher les pieds et fait assez facilement l'extraction d'un enfant mort, du sexe féminin, du poids de 3.320 gr., d'une longueur de 0 m. 51 centimètres. La mort paraît remonter à

deux ou trois jours; le fœtus exhale déjà une odeur fétide.

Le placenta est ensuite décollé ; il pèse 600 gr. A ce moment, on fait une injection d'ergotine Yvon dans la paroi abdominale, et M. Tarnier se demande alors s'il doit se borner à l'opération césarienne, ou s'il doit enlever l'utérus. Il se décide à faire l'opération de Porro, à cause de l'écoulement sanguin (400 grammes environ) qui se fait par la surface interne de l'utérus ; le chirurgien attire hors de l'abdomen l'utérus et ses annexes. Une anse en fil de fer est appliquée avec le constricteur de Cintrat autour de l'utérus, à l'union du col et du corps ; une broche en acier est enfoncée transversalement dans le tissu utérin, juste au-dessus de cette anse, et un second fil métallique est placé de la même façon que le premier, immédiatement au-dessus de la broche; il y a ainsi deux ligatures métalliques superposées, et séparées l'une de l'autre par une broche métallique qui se trouve solidement assujettie entre les deux fils de fer.

Puis l'utérus est sectionné avec le bistouri au-dessus de la dernière anse placée. Le pédicule est maintenu au-dehors, et on suture la paroi abdominale avec des fils d'argent ; il y a quatre sutures profondes et deux superficielles.

Le pansement est fait suivant la méthode de Lister.

La partie qui a été enlevée pèse 850 grammes ; ellle contient le corps de l'utérus, la trompe et l'ovaire droit, la trompe et une partie de l'ovaire gauche ; l'autre partie de cette ovaire est restée adhérente au pédicule au-dessus du fil de fer le plus superficiel.

L'opérée est transportée dans l'annexe de la salle Sainte-Elisabeth, où elle est isolée des autres malades.

Le 20 mars, jour de l'opération. — A 5 heures du soir, 136 pulsations; la température est de 36.5; la malade a recouvré ses sens, mais est encore sous l'influence du chloroforme et délire un peu.

A 8 heures, elle est prise d'une envie d'uriner qu'elle ne peut satisfaire ; on la sonde et on retire de la vessie 60 grammes d'urine claire.

A 8 h. 1[2, visite de M. Tarnier ; la malade est très-calme ; son pouls est à 120 ; la température est à 37°.

Vers 9 heures, elle s'endort d'un profond sommeil. Prescription : repos absolu, dans le décubitus dorsal, la tête légèrement élevée ; toutes les heures une cuillerée de vin de champagne. La température de la salle doit être maintenue constamment à 16°.

A 11 heures du soir, le sommeil est calme, il y a un peu de sudation. Le pouls s'est encore abaissé ; on compte à 116 pulsations, et la température s'est élevée d'un dixième de degré : 37.5.

Le 21. A 2 heures du matin, la malade urine seule, à ce moment le pouls est à 116, la température est à 37.1.

A 3 h. 1/4, elle urine de nouveau assez abondamment, puis elle se rendort jusqu'à 6 heures du matin. Prise à son réveil, la température est encore de 37.1 ; le pouls est tombé à 104.

La nuit qui a suivi l'opération, et pendant laquelle l'interne du service est resté auprès de la malade, peut se résumer ainsi : calme parfait, sommeil profond, interrompu de temps en temps par quelques minutes de réveil, dont on profite pour faire prendre du vin de champagne. Deux mictions naturelles. Pas la moindre douleur abdominale ; pas une nausée ; deux ou trois fois seulement, un peu de toux et un léger retentissement douloureux dans le ventre.

A 8 heures du matin, la malade ressent quelques coliques, et essaie d'aller à la garde-robe, mais elle ne peut y parvenir. P. 112, T. 37°.

Le pansement est fait par MM. Tarnier et Lucas-Championnière ; on touche le pédicule avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer ; tout autour, la peau est d'un rouge brun, coloration due à l'acide phénique.

On prescrit de laver deux fois par jour les parties génitales avec de l'eau phéniquée ; il s'écoule par le vagin un peu de mucus transparent.

La journée du 21 mars est un peu agitée ; la malade som-

meille, mais elle rêve et a des cauchemars. Elle se plaint de souffrir un peu du ventre.

Vers 3 heures de l'après-midi, miction spontanée ; émission de gaz par l'anus. Quelques éructations surviennent et se terminent par la régurgitation de plusieurs cuillerées de vin de champagne.

A 6 heures du soir, visite de M. Tarnier: T. 37.1, P. 120, R. 48. Il attribue l'agitation de la journée à la diète prolongée, et prescrit: lait, bouillon, champagne. Le ventre est à peine douloureux, et parfaitement souple.

A 9 heures du soir, la malade est très-calme ; sommeil tranquille.

A minuit, miction spontanée, émission de gaz intestinaux.

L'urine a pris une coloration foncée, noirâtre, due à l'absorption de l'acide phénique. A cette même heure, on fait une piqûre de morphine de 0,01 centigr., pour empêcher le retour de l'agitation de la journée; sommeil profond jusqu'à 5 heures du matin.

Le 22. A 5 heures du matin, la malade se réveille et est prise d'une attaque d'hystérie assez violente, qui dure environ une demi-heure. A 6 heures, seconde crise, moins forte que la première et qui ne dure que dix minutes. A 7 heures, le calme est revenu ; la malade ne souffre pas, n'a pas de nausées, ni de régurgitations. P. 132, T. 37.9, R. 40.

A 11 heures, pansement; le pouls est irrégulier, entre 130 et 160. La température est montée à 38.8

La journée est excellente.

Le soir à 7 h. 1|2, M. Tarnier vient voir la malade. P. 112, T. 38,6, R. 40.

A 10 h. 1|2 du soir, le pouls est tombé à 108, la température à 38°, le nombre des respirations à 36.

Nuit très-calme, sommeil, miction facile, pas de douleurs de ventre. L'urine est toujours foncée et chargée de quelques mucosités.

Le 23. La figure est reposée, la langue est humide, le ventre souple, non ballonné.

On doit sonder la malade qui ne peut pas uriner.

A 9 heures du matin : P. 96, T. 36.5 R- 34.

On refait complètement le pansement ; on touche de nouveau avec le perchlorure de fer le pédicule qui est noirâtre, et desséché.

Le soir à 6 heures, P. 90, T. 36.2, R. 38. Il y a un peu de toux, et de retentissement douloureux dans l'abdomen. On prescrit du sirop de morphine. On est encore obligé de pratiquer le cathétérisme vésical ; l'urine est redevenue claire.

A 11 heures du soir, P. 108, T. 37, R. 40. Un peu d'efforts de toux très-douloureux ; on refait le pansement en partie ; il n'a aucune odeur, le moignon est sec, pas de suppuration.

Le 24. La nuit a été bonne, sauf un peu de toux qu'on a calmée à l'aide du sirop de morphine.

Matin. P. 112. T. 37,3. R. 40. Miction artificielle. On ne touche pas au pansement.

Soir. P. 120. T. 37,8. R. 40. La journée a été excellente; le malade prend volontiers du lait et du champagne. On est obligé de refaire le pansement et on trouve le ventre très-souple, et un peu de suppuration autour du moignon. Miction artificielle.

Le 25. La nuit a été bonne. La figure est très-reposée, la langue humide; la toux a presque complétement cessé.

Matin. P. 116. T. 37,3. R. 36.

Pansement. On coupe et on retire le fil d'argent d'une suture profonde qui était un peu tendu.

Vers midi, la malade se plaint de souffrir un peu des seins, et dans la soirée on trouve les deux glandes mammaires tuméfiées, un peu douloureuses; le mamelon laisse sourdre par la pression quelques gouttes de liquide lactescent.

On doit toujours continuer le cathétérisme vésical; lorsque la malade a envie d'uriner, elle ressent comme une sorte d'aura, une douleur irradiée dans la cuisse et la jambe droite et demande instamment à être sondée.

Elle n'a pas eu de garde-robe depuis l'opération, mais elle continue à rendre des gaz.

Soir. P. 116. T. 37,4. R. 36. On refait le pansement; suppuration assez abondante tout autour du pédicule.

Le 26. La nuit a été parfaite.

Matin. P. 100. T. 37,4. R. 34. Miction artificielle.

Pansement : en pressant un peu tout autour du pédicule, on fait sourdre du pus crémeux; la peau de la paroi abdominale s'est couverte de phlyctènes.

On retire un second fil de suture profonde. Montée laiteuse bien nette. — Mêmes prescriptions.

Soir. Même état. P. 116. T. 37,4. R. 36. Cathétérisme vésical.

Le 27. La nuit a été calme; on a dû pratiquer deux fois le cathétérisme.

Matin. P. 128. T. 38,2. R. 44.

Les seins sont plus souples, moins tendus, moins douloureux. En faisant le pansement, on retire les autres fils; l'état du pédicule est le même; il est sec, raccorni, et tout autour de lui est un sillon d'élimination rempli de pus.

On prescrit pour la première fois un lavement à la glycérine qui amène immédiatement plusieurs selles abondantes et faciles.

Soir. P. 112. T. 38,4. R. 40.

Le 28. Nuit calme; deux fois on a dû sonder la malade, elle a eu plusieurs garde-robes.

Matin. P. 100. T. 38°. R. 40.

La plaie a un très-bon aspect. Etat général excellent.

Soir. P. 120. T. 38,2. R. 38.

Le 29. Même état; la douleur de cuisse persiste toutes les fois que la malade a envie d'uriner et on est toujours obligé de la sonder.

Matin. P. 112. T. 38,1. R. 33. Même aspect de la plaie.

Soir. P. 124. T. 38,2. R. 40.

Le 30. Nuit assez bonne. Une miction spontanée à 4 heures du matin.

Matin. P. 128. T. 37,3. R. 38.

Pansement : la paroi abdominale présente une petite perte de substance au-dessus du pédicule, en ce point il existait un pont cutané qui s'est rompu, et il y a ainsi une petite cavité an-

fractueuse, bourgeonnante et rosée, du volume d'une noisette, au-dessus du pédicule.

Soir. P. 128. T. 38,2. R. 34. Miction spontanée.

Le 31. Nuit très-bonne. Langue humide, ventre indolore, seins revenus à leur volume normal. La malade continue à uriner seule.

Matin. P. 118. T. 37,9. R. 36. Aux bouillons et au lait, on ajoute des potages, de la soupe....

Soir. P. 100. T. 37,6. R. 34.

1er avril. Matin. P. 112. T. 37,4. R. 40. Le pédicule est noirâtre, mortifié dans toute son épaisseur; on en excise une partie. — Prescription : poulet, côtelette à sucer; vins de Bagnols et de Bordeaux.

Soir. P. 128. T. 38°. R. 36.

Le 2. Etat général excellent.

Matin. P. 112. T. 37°. R. 32.

Pansement : l'anse métallique la plus superficielle et la broche tombent d'elles-mêmes; on excise encore quelques lambeaux du pédicule; le fond de la plaie est bourgeonnant et rosé, sauf en un petit point qui est plus profond et qui a un aspect un peu grisâtre.

Soir. P. 108. T. 37,3. R. 32.

Le 3. La nuit a été un peu agitée : sirop de morphine; la douleur dans la cuisse droite est revenue et on a dû sonder la malade une fois; depuis, elle a de nouveau uriné seule.

Matin. P. 104. T. 37,2. R. 26.

Pansement : on retire la dernière anse métallique; la plaie est profonde; elle bourgeonne bien; un seul point grisâtre se voit au fond. Tout autour la peau se desquame sous l'action de l'acide phénique.

Eruption de gros sudamina sur tout le tronc.

Soir. P. 108. T. 37,2. R. 28.

Le 4. Matin. P. 184. T. 37,1. R. 24.

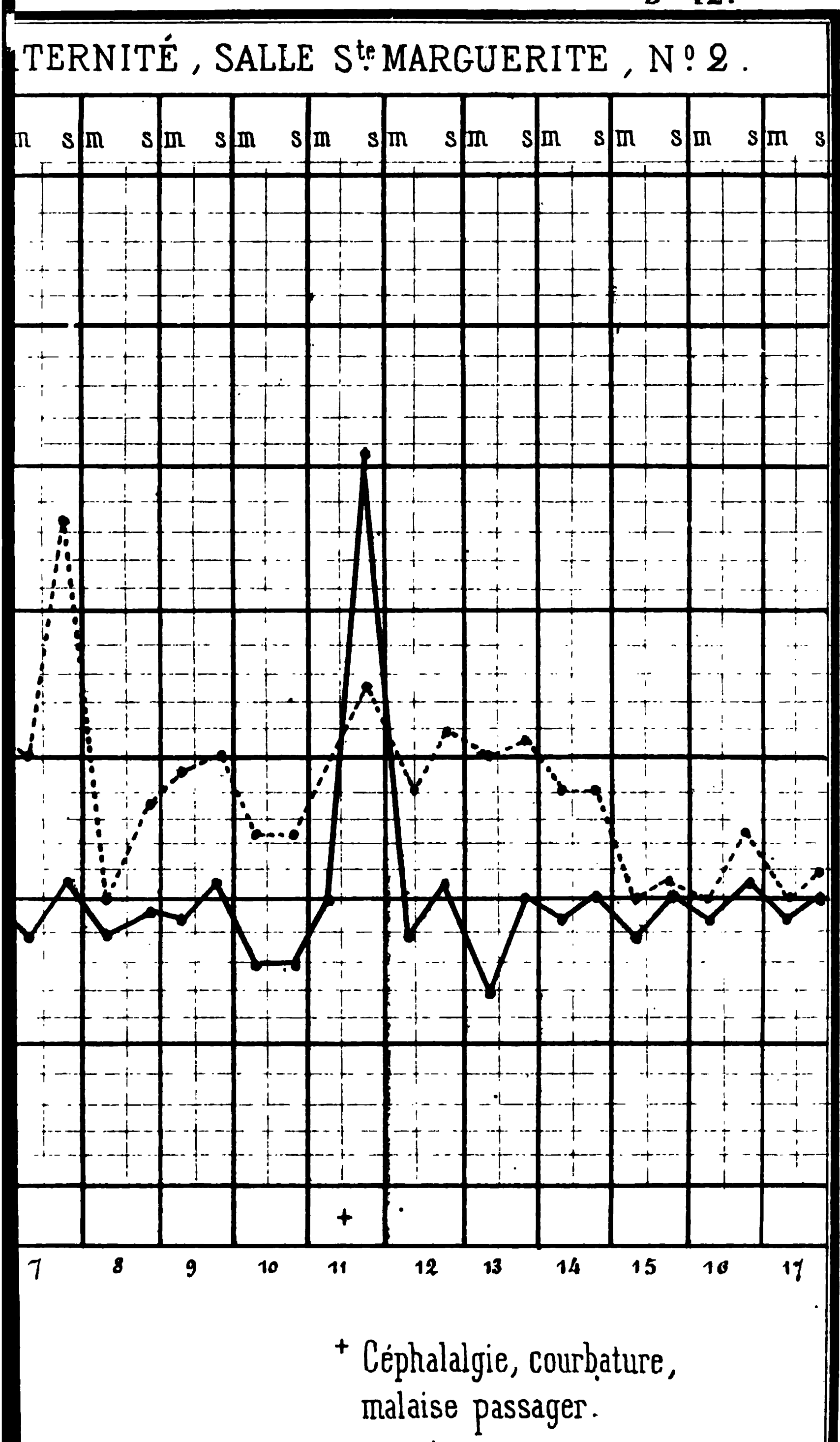
La plaie a toujours très-bon aspect.

Soir. P. 104. T. 37,2. R. 48.

Le 5. Même état.

LIQUE A PARIS.

B ± 42.



+ Céphalalgie, courbature, malaise passager.

Le 6 et jours suivants. La malade est en très-bon état; elle a un appétit excellent et dort très-bien. La cicatrisation de la plaie marche rapidement, et le 15 avril, elle n'est plus guère large que comme une pièce de 1 franc. Mais à partir de ce moment, la cicatrisation a été extrêmement lente; on a successivement pansé la petite plaie avec de la gaze phéniquée, du diachylon, de l'acide citrique, de la baudruche collodionnée, enfin avec une solution d'acide borique. Sous l'influence de ce dernier pansement, combiné avec des cautérisations au nitrate d'argent, on a pu faire disparaître un petit bourgeon blanchâtre qui était probablement du tissu utérin; mais la cicatrisation n'est absolument complète que le 20 juillet.

La malade a commencé à se lever le 1er mai. Elle marche sans souffrances, engraisse à vue d'œil. Elle a eu pendant quelques jours, du 12 au 17 juin, un écoulement vaginal qui a cessé sous l'influence de quelques lotions. Enfin, elle est restée hystérique, et le 13 juin, elle a eu, dans la soirée, cinq attaques d'hystérie.

Cette malade fut présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 29 juillet 1879, séance dans laquelle M. Tarnier communiqua à ses collègues le résumé des deux observations relatées ci-dessus. (Voir le tracé ci-joint.)

ETUDE SUR LA PÉRINÉORRHAPHIE (1)

Par le Dr Marcel Boraud,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Au mois de mai de cette année, le professeur Trélat a opéré et guéri une femme atteinte de déchirure totale du périnée. Il en fit le sujet d'une leçon clinique dans laquelle il donna la description de son procédé. C'est sur ses conseils que j'ai pris l'étude de la périnéorrhaphie comme sujet de ma thèse inaugurale.

Le nombre des documents publiés sur la perinéorrhaphie est considérable ; mais tous n'ont pas la même importance. Je

(1) Ce mémoire a servi de thèse inaugurale à l'auteur.

m'aperçus bien vite qu'il me fallait faire un choix, et que je devais faire porter mes recherches plus particulièrement sur un point déterminé.

Je me propose dans ce travail, non de faire une histoire complète de la périnéorrhaphie dans tous les temps et dans tous les pays, mais de faire connaître et de discuter les procédés qui sont employés de nos jours.

Je n'ai pas cru cependant devoir passer sous silence les travaux de nos devanciers. Si la médecine opératoire, et particulièrement l'anaplastie, a fait dans ces derniers temps de grands progrès, ils étaient préparés depuis longtemps. Il m'a paru intéressant de montrer comment la périnéorrhaphie, négligée par Boyer et Dupuytren, est arrivée à donner aujourd'hui des succès entre les mains de tous les chirurgiens.

Mais dans cette revue rétrospective, je ne me suis pas attardé aux détails. J'ai cherché uniquement à mettre en relief les idées fondamentales, m'attachant à montrer que la périnéorrhaphie a suivi la même marche ascendante que la médecine opératoire, et que ses progrès se confondent avec ceux de l'anaplastie en général.

Dans le cours de ce travail j'ai été constamment guidé par les conseils de M. Trélat. La plupart des idées que je défends sont les siennes ; le procédé que je propose est celui qu'il emploie. Non content de me conseiller, mon savant maître a eu la bienveillance de me communiquer des notes inédites renfermant la description complète de son procédé ; je les ai reproduites textuellement. Je le prie de recevoir l'expression de ma profonde gratitude pour les conseils qu'il m'a donnés, et la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

GÉNÉRALITÉS SUR LES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

C'est presque toujours après l'accouchement que surviennent les déchirures du périnée. Bien que les statistiques données par les accoucheurs soient souvent très-différentes, il est cer-

tain que cet accident est fréquent. Cependant les chirurgiens ont rarement l'occasion de faire la périnéorrhaphie. Cela tient à ce que presque toutes ces déchirures sont incomplètes, et guérissent très-aisément. Quant aux déchirures complètes, elles sont rares, et, si elles sont peu profondes, les troubles fonctionnels qu'elles entraînent sont parfois supportables. Il est enfin des malades qui, en proie aux infirmités les plus dégoutantes, aiment mieux dissimuler leur malheureux sort que de consulter un chirurgien.

Il existe deux espèces de déchirures périnéales ; les déchirures incomplètes et les déchirures complètes,

Dans les premières, la lésion porte sur la fourchette ; elle s'étend plus ou moins loin en arrière, et peut atteindre l'anus, mais le sphincter est intact.

Dans les déchirures complètes, le sphincter anal est rompu ; on distingue dans ce cas deux variétés. Tantôt le sphincter seul est déchiré complétement ou partiellement, mais la lésion n'atteint pas la cloison recto-vaginale. Tantôt la déchirure s'étend plus ou moins loin sur cette cloison ; c'est à cette variété que M. Terrillon a donné le nom de rupture totale. Elle est la plus rare, mais aussi la plus grave et la plus difficile à guérir.

Je ne donnerai pas la description de ces lésions ; on la trouve dans tous les traités classiques. Je me borne à signaler, dans les déchirures totales, l'éperon formé par la réunion des deux bords de la cloison, qui forment un V ouvert en avant.

Les troubles fonctionnels varient avec la profondeur de la déchirure. Lorque le sphincter est rompu, il y a incontinence des matières fécales et des gaz, les rapports sexuels sont impossibles. Roux a tracé un tableau saisissant de l'état des malheureuses que tourmente cette triste infirmité.

Il est fréquent d'observer l'abaissement des organes contenus dans le petit bassin : le prolapsus utérin, la cystocèle, la descente de la muqueuse rectale qui vient faire saillie entre les lèvres de la déchirure.

Si le sphincter n'est atteint qu'incomplétement, ces accidents

sont en général atténués ; l'incontinence disparaît lorsque les matières sont dures ; aussi voit-on les malades s'efforcer de produire la constipation. Enfin, si la déchirure est incomplète, les accidents proviennent surtout de l'élargissement de la vulve ; c'est la chute de l'utérus, la rectocèle et la cystocèle.

La périnéorrhaphie est une opération très difficile ; cela tient au siége de la lésion, entre le vagin et l'anus. D'un côté on a à redouter l'issue des gaz et des matières qui nuisent à la réunion, soit en irritant la cicatrice, si elles sont liquides, soit en la déchirant, si elles sont dures. De l'autre côté, l'écoulement incessant des liquides vaginaux vient aggraver la situation. Enfin, les parties avivées ont une grande tendance à s'écarter l'une de l'autre ; tant qu'on n'eut pas trouvé de moyen de contention suffisant, la périnéorrhaphie a presque toujours échoué. Aussi n'est-il pas étonnant que le succès soit souvent partiel : le périnée se réunit, mais il reste une fistule recto-vaginale.

HISTORIQUE.

I.

C'est à Roux qu'on attribue généralement l'honneur d'avoir donné de la périnéorrhaphie la première description méthodique ; c'est lui qu'on considère comme l'inventeur du premier *procédé*. Mais n'avait-il pas eu de devanciers ? Avant lui n'avait-on jamais essayé de suturer un périnée rompu ? On trouvera la réponse à cette question dans le très-remarquable article publié par M. Verneuil en 1862 (Gazette hebdomadaire nº 24 et 29).

Il cite un passage de Guillemeau, disciple et ami d'Ambroise Paré. Guillemeau raconte que, après avoir avivé la cicatrice, il rapprocha les surfaces cruentées, fit au milieu une suture entortillée, et passa au-dessus et au-dessous un point de suture entrecoupée, pour reformer l'angle vulvaire et l'angle

anal du périnée. La réunion se fit. Guillemeau aurait eu des prédécesseurs. A. Paré, dans un passage, parle de suture du périnée, sans qu'on puisse savoir s'il fit la suture ou s'il se borna simplement à la conseiller. Enfin on trouve dans Trotula, auteur dont le temps et même le sexe ne sont pas bien connus, quelques lignes où il est question de suturer le périnée ; mais il s'agit plutôt de rétrécir la vulve pour combattre la chute de la matrice que de refaire le périnée.

Après Guillemeau, plusieurs chirurgiens proposèrent ou tentèrent, je ne dirai pas la périnéorrhaphie, mais la suture du périnée. On trouve dans les traités classiques et dans plusieurs monographies une longue liste de noms. Nous n'avons pas eu le temps de vérifier ces citations ; aussi ne les reproduisons-nous pas, d'autant mieux que d'après M. Verneuil, la plupart sont inexactes. Du reste, je ne partage pas entièrement l'enthousiasme du savant professeur pour l'observation de Guillemeau, et les passages obscurs de ses prédécesseurs.

« Ami lecteur, s'écrie-t-il, je t'ai nommé la planète, Guillemeau, puis les satellites comme Trotula, Paré... » Guillemeau fit une fois la suture du périnée pour une déchirure probablement peu profonde ; il réussit ; mais il ne laissa pas de *procédé* qui fût applicable à la plupart des cas. Cela est si vrai, que deux siècles après la mort de Guillemeau, des chirurgiens comme Boyer et Dupuytren (1) ne touchaient pas aux périnées rompus. Je doute qu'ils eussent changé de conduite, si, comme semble le croire M. Verneuil, ils avaient attentivement médité les quelques lignes du vieux chirurgien. Aussi, est-ce à juste titre que l'article de M. Verneuil porte cette rubrique : « *Archéologie chirurgicale.* »

---

(1) L'opération de Dupuytren, citée par Bérard (*Dict. en* 30 *vol.*, article *Périnée*), et par M. Richet (*Union médicale*, 1869, n° 6. Leçon recueillie par Felizet) fut faite sans méthode, quelques jours après l'accouchement, et fut suivie d'un insuccès relatif.

II.

Dans la plupart des traités, après avoir mentionné les faits dont nous venons de parler, on décrit avec quelques détails les procédés de Roux et de Dieffenbach, en décernant au chirurgien français l'honneur de la priorité. Il nous semble cependant que Dieffenbach doit, jusqu'à un certain point, partager cet honneur avec Roux.

« Au commencement de ce siècle, dit Bérard, la périnéorrhaphie fut pratiquée par plusieurs chirurgiens allemands, et particulièrement par M. Dieffenbach, de Berlin. Cependant ces faits n'avaient pas eu un grand retentissement en France, quand M. Roux fixa de nouveau l'attention sur ce point de chirurgie. » Si le procédé de Roux fut connu en France antérieurement à celui de Dieffenbach, il n'en est pas moins vrai que la description du chirurgien allemand est antérieure de plusieurs années à celle du chirurgien français.

En 1829, Dieffenbach publia deux cas de périnéorrhaphie, suivis de succès. Il pratiquait l'avivement et la suture comme dans la méthode ancienne; mais ce qui caractérisait son procédé, c'étaient deux grandes incisions libératrices, faites de chaque côté sur les fesses.

Ce fut en 1832 que Roux fit pour la première fois l'application de son procédé. A la méthode ancienne, il ajoutait la suture enchevillée profonde. Il passait profondément trois fils de soie doubles, et les fixait de chaque côté sur des bouts de sonde.

Il nous semble donc incontestable que le procédé de Roux est postérieur à celui de Dieffenbach; mais, si, négligeant la question de temps, nous nous plaçons au point de vue des résultats, nous comprenons que le mémoire de Roux ait fait oublier les deux observations de Dieffenbach. Les incisions libératrices étaient certes une amélioration importante, apportée à la méthode ancienne, mais elles devaient disparaître avec les

progrès de la chirurgie réparatrice. Au contraire, la suture enchevillée de Roux sert encore de base à la plupart des procédés actuels ; on a modifié le manuel opératoire, mais on a conservé l'idée fondamentale. Nous nous bornons à soulever cette question qui demanderait de longs développements ; notre but, nous l'avons dit, n'est pas de faire l'histoire complète de la périnéorrhaphie dans le passé, mais d'apprécier les procédés employés de nos jours.

Les chirurgiens qui suivirent, reproduisirent ou combinèrent les procédés de Roux et de Dieffenbach. Les modifications qu'ils y apportèrent furent sans importance. Nous ferons une exception pour l'incision du sphincter proposée par Horner, et adoptée par quelques chirurgiens parmi lesquels nous citerons Baker-Brown.

En résumé, deux modifications d'une importance inégale avaient été apportées à la méthode ancienne, et avaient changé complétement les résultats : la suture enchevillée et les incisions libératrices. Tous les efforts portaient sur le meilleur moyen de maintenir les surfaces solidement accolées.

III.

Un progrès immense était réalisé. La périnéorrhaphie entrait dans le domaine des opérations courantes.

Mais on ne doit pas se dissimuler que les insuccès étaient encore fréquents. Si la cicatrisation du périnée s'obtenait assez facilement, il n'en était pas de même pour la cloison ; il restait très souvent une fistule recto-vaginale. Langenbeck (1) attribua le défaut de réunion des parties profondes à l'irritation produite par les liquides vaginaux et rectaux. Il imagina un procédé de perinéorrhaphie qui avait pour but de mettre la plaie à l'abri

(1) *Sur un procédé opératoire pour la guérison des ruptures complètes du périnée* (*Gaz. des hôp.*, 22 janv. 1853, p. 33).

de ces liquides. Il taillait deux lambeaux vaginaux, les unissait par leurs bords internes, et les suturait en avant à l'angle vulvo-périnéal du nouveau périnée. En un mot, à un procédé par suture simple il substituait un procédé par autoplastie. Le procédé de Langenbeck, très compliqué, est aujourd'hui abandonné ; il a donné naissance à ceux de MM. Demarquay, Richet, et Le Fort, et au moment de son apparition (1853), il eut un grand retentissement.

IV.

En 1859, Sims et Bozeman vinrent en France et firent connaître leur méthode opératoire pour le traitement des fistules vésico-vaginales. Deux choses caractérisaient leurs procédés; ils faisaient un avivement large et superficiel portant exclusivement sur la muqueuse vaginale; ils faisaient de délicates sutures avec des fils métalliques très minces. Leurs communications eurent un retentissement immense ; de toutes parts on les imita. La périnéorrhaphie profita de leur invention. En 1862, M. Verneuil fit cette opération en appliquant les principes de Marion Sims et de Bozeman. Il fut imité par M. de Roubaix. M. Trélat suivit leur exemple; mais, comme nous le verrons, il apporta une importante modification aux sutures profondes.

Aujourd'hui la plupart des procédés sont une application *plus ou moins exacte* des principes formulés par Marion Sims et Bozeman ; l'avivement est large et se fait aux dépens de la muqueuse vaginale; les sutures sont faites avec des fils métalliques ; les différences portent surtout sur la façon de passer les fils. Nous n'insistons pas sur les nombreux procédés qui ont vu le jour dans ces derniers temps; nous les décrirons et nous les étudierons longuement dans le cours de notre travail.

En résumé, quatre étapes ont marqué l'histoire de la périnéorrhaphie. Dans une première période, qui s'étend jusqu'à

Roux, quelques rares chirurgiens font des tentatives isolées et échouent presque toujours ; il n'existe pas encore de procédé méthodique. Dans une seconde période, grâce aux travaux de Roux et de Dieffenbach, la périnéorrhaphie devient une opération classique. La troisième période est caractérisée par l'application des procédés d'autoplastie. Viennent enfin les procédés contemporains qui résultent de l'adaptation aux déchirures du périnée des délicats procédés d'avivement et de suture inventés par les chirurgiens américains pour le traitement des fistules vésico-vaginales.

DE L'OPÉRATION DE LA PÉRINÉORRHAPHIE.

Dans les généralités sur les déchirures du périnée, j'ai donné la division admise par tous les auteurs. J'ai dit qu'il y avait des déchirures incomplètes et des déchirures complètes. Dans les premières, la lésion porte sur la fourchette et s'étend plus ou moins loin vers l'anus, qu'elle peut atteindre ; mais le sphincter anal est respecté. Dans les déchirures complètes, le sphincter est rompu partiellement ou totalement. Deux cas peuvent alors se présenter : tantôt la lésion ne dépasse pas le sphincter, tantôt elle s'étend plus ou moins loin sur la cloison recto-vaginale ; c'est à cette dernière variété que M. Terrillon (1) donne le nom de rupture totale du périnée.

Je suivrai cette classification dans l'étude de la périnéorrhaphie, bien que le procédé que je vais décrire ait l'avantage de pouvoir s'appliquer à toutes les déchirures, quelle que soit leur étendue, et qu'il convienne également aux fistules recto-vaginales. Je crois que la discussion y gagnera en clarté. S'il est vrai qu'une opération pratiquée pour une rupture totale soit applicable à une déchirure incomplète, la réciproque est loin

(1) *De la périnéorrhaphie pour remédier à la rupture totale du périnée* *Ann. de Gyn.*, t. XI, p. 330, mai 1879).

d'être exacte. En outre, le pronostic est bien différent suivant les cas, la guérison étant d'autant plus assurée que la déchirure est moins profonde. Certains auteurs ne paraissent pas avoir tenu suffisamment compte de ces différences; aussi n'est-il pas étonnant qu'il règne une certaine obscurité dans leurs descriptions.

Je traiterai d'abord, avec détails, de la périnéorrhaphie dans les cas les plus graves, c'est-à-dire dans ceux où la déchirure atteint la cloison recto-vaginale dans une certaine étendue. La plus grande partie de mon travail sera consacrée au traitement de cette lésion. Je parlerai ensuite brièvement des autres variétés. J'arriverai enfin aux fistules recto-vaginales; je montrerai que, de tous les procédés employés ponr la guérison, le meilleur et le plus simple est celui que M. Trélat applique aux déchirures du périnée.

De la périnéorrhaphie dans les déchirures complètes du périnée s'étendant sur la cloison, ou ruptures totales.

Je dois dire quelques mots sur le plan que je suivrai. Presque tous les auteurs classiques font un choix parmi les procédés les plus connus et les exposent les uns à la suite des autres. Cette méthode a plusieurs inconvénients : elle expose à des redites, car souvent plusieurs procédés ne diffèrent que par des modifications de peu d'importance. En outre, comme il est impossible de rapporter tout ce qui a été écrit, on laisse de côté un certain nombre de procédés; souvent ce ne sont pas les moins importants qui sont sacrifiés, comme on peut s'en assurer en lisant les monographies et les livres classiques. Enfin il est difficile de se faire une idée nette des avantages et des inconvénients qu'ils présentent; on est porté à les juger dans leur ensemble, à les adopter ou à les rejeter en bloc, sans discerner ce qu'on doit conserver de ce qu'il faut modifier.

J'ai adopté un autre plan. Il me paraît plus conforme au but

que je me propose. Je cherche surtout à apprécier la valeur des divers procédés. Je voudrais mettre en lumière autant que possible, les indications auxquelles on doit se conformer lorsqu'on fait la périnéorrhaphie. J'ai divisé mon sujet en autant de chapitres qu'il y a de temps dans l'opération; à propos de chacun d'eux j'expose brièvement les diverses façons d'agir qui ont été proposées; je les discute et les apprécie. Enfin je donne la description du procédé adopté par M. Trélat. Je ne pouvais mieux faire que de reproduire le texte exact des notes que mon savant maître a bien voulu me communiquer.

Les documents que j'ai dû étudier sont fort nombreux. On a publié sur la périnéorrhaphie un nombre considérable de mémoires, d'articles de journaux, d'observations. Il eût été inutile et fastidieux de donner le dépouillement complet de tout ce qui a été écrit sur ce sujet. J'ai laissé de côté toutes les observations qui n'étaient que la reproduction exacte des procédés déjà décrits. Pour ceux-ci, j'ai insisté surtout sur ceux qui sont le plus ordinairement employés, mentionnant brièvement les anciens procédés qui n'ont plus qu'un intérêt historique.

J'ai cru inutile de transcrire, suivant l'usage, un certain nombre d'observations copiées dans les auteurs ou dues à la bienveillance de mes maîtres ou de mes amis. En pareille matière, les observations ne sont intéressantes qu'à deux points de vue : elles renferment la description du procédé employé; elles donnent le résultat de l'opération. Les divers procédés seront décrits dans le cours de mon travail. Quant aux résultats, j'indiquerai plus loin la façon de les interpréter.

Il me reste à dire sur quels principes je me suis appuyé pour apprécier les diverses méthodes opératoires. J'aurais pu rapprocher toutes les observations où l'on avait appliqué le même procédé, noter les résultats, puis comparer le nombre des succès à celui des insuccès. C'est ordinairement ainsi qu'on procède lorsqu'on veut apprécier la valeur d'une méthode thérapeutique. Je ne pouvais songer à agir ainsi. Le nombre des procédés est trop considérable, les observations trop rares. Du reste, rien de plus difficile que d'avoir une idée exacte des ré-

sultats que donne une opération aussi délicate que la périnéorrhaphie. On réunit souvent sous la rubrique « succès » des résultats très-différents. On échoue complétement une première fois ; on recommence quelques mois plus tard, on réussit et on donne cela comme un succès. Ailleurs, il reste une fistule recto-vaginale ; c'est encore un succès. On verrait diminuer le nombre des succès si on ne considérait comme tels que les cas où, d'emblée, la réunion est complète. En outre, les insuccès sont généralement dus à la malade ; ses tissus n'étaient pas assez fermes ; elle n'a pas su rester constipée assez longtemps ; elle a laissé ses gaz s'accumuler derrière l'anus. Enfin les statistiques des inventeurs sont généralement plus favorables que celles de leurs imitateurs. Ajoutons que bien des auteurs ne donnent qu'une observation, ce qui est absolument insuffisant pour juger leur procédé.

Mais si je refuse toute valeur à la statistique portant indistinctement sur tous les cas, j'accorde, au contraire, une grande importance aux statistiques partielles données par les chirurgiens qui ont pratiqué un certain nombre de fois la périnéorrhaphie. Je me propose de faire connaître les résultats obtenus par M. Trélat et le procédé qu'il emploie. Il a pratiqué onze fois la périnéorrhaphie ; neuf fois le succès a été complet. Je donne ici l'exposé général de son procédé (1) :

« L'opération de périnéorrhaphie que je pratique et que j'applique à la déchirure totale, à la déchirure incomplète, et à la fistule recto-vaginale s'accompagnant de déchirure incomplète, repose sur les principes suivants plus ou moins complètement adoptés d'ailleurs par beaucoup de chirurgiens contemporains.

J'avive aux dépens de la muqueuse vaginale et de la cica-

(1) Les lignes suivantes sont tirées des notes inédites que M. Trélat a bien voulu m'autoriser à publier.

trice qui, de chaque côté, représente la fourchette et le périnée rompus, une suffisante étendue de surface saignante pour avoir dans tous les points un affrontement de larges surfaces, et non de bords minces juxtaposés.

Ces larges surfaces avivées, je les rapproche par deux ou trois gros fils simples qui les traversent d'outre en outre vers leur centre de figure, et qui, correspondant de chaque côté à des plaques de plomb servant d'arrêt, les pressent avec plus ou moins d'énergie l'une contre l'autre.

Cela constitue la partie fondamentale de l'opération. Cependant je réunis avec soin, d'autre part, le bord vaginal et le bord périnéal des surfaces afférentes à l'aide de délicates sutures superficielles.

Comme M. Verneuil, comme M. de Roubaix, je ne pratique aucune suture du bord rectal, me contentant, au moment opportun, d'en repousser les deux lèvres vers le rectum, de manière à empêcher l'enroulement de la muqueuse à ce niveau.

Mes points de suture enchevillée traversent, d'un trajet que je cherche à rendre aussi rectiligne que possible, une très-grande épaisseur de tissu. L'expérience réitérée m'a appris que les fils en anse, destinés à déplacer, à mobiliser l'angle supérieur de la plaie, à froncer comme une bourse les bords de la division rectale et du sphincter de l'anus écartés, étranglent les tissus, les coupent, déterminent la suppuration profonde, et ne produisent pas le résultat désiré. J'ai donc disposé ces fils sur un trajet rectiligne, en leur demandant le même mode d'action que le tapissier demande à la ficelle qui réunit deux capitons.

D'autre part j'ai constaté que lorsque ces fils pénètrent à une courte distance des bords de l'avivement, et cheminent sous une faible épaisseur de tissus, ceux-ci n'ont ni élasticité, ni résistance suffisantes, et s'ulcèrent sous les chevilles

ou sous les plaques avant que la suture n'ait produit l'adhésion.

J'ajoute encore que, dans le mode de suture profonde qui sera décrit plus loin, j'ai l'avantage de pouvoir, au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, desserrer, si cela est nécessaire, chaque point de suture isolément sans l'enlever.

Il est nécessaire que, avant l'opération, les fonctions digestives soient régularisées, et que la constipation puisse être obtenue. La veille de l'opération, l'intestin de la malade est évacué à l'aide d'un purgatif et de lavements ; elle prend un nouveau lavement le matin de l'opération. Je maintiens, après l'opération, la constipation pendant cinq à six jours; au bout de ce temps on provoque l'évacuation des matières alvines ; le lendemain les sutures sont enlevées en totalité, sauf exception pour quelques points. Pendant la semaine qui suit, le nouveau périnée est soutenu par une longue bande de diachylum, large comme la main, qui rapproche les deux fesses, et se fixe, par ses deux chefs, sur la partie antérieure du ventre et de l'épigastre. Pendant cette seconde semaine, des injections et des lavages alcoolo-phéniqués sont pratiqués dans le vagin, et sur la vulve et le périnée. »

I. — *A quel moment faut-il faire l'opération?*

Le plus souvent le chirurgien n'est consulté qu'à une époque éloignée de l'accouchement, lorsque les bords de la déchirure sont cicatrisés. Parfois cependant, il est appelé dans les premiers jours qui suivent l'accident. Dans ce cas, quelle conduite doit-il tenir?

Les opinions sont partagées. Roux et Velpeau repoussaient énergiquement l'opération immédiate. Ils disaient que les lèvres de la déchirure sont souvent contuses, que la plaie va

être irritée par l'écoulement des lochies. Ils redoutaient enfin l'apparition d'accidents puerpéraux.

Nélaton, adoptant une partie de ces idées, attendait pour suturer que les bords de la plaie bourgeonnassent ; il tentait alors une réunion par seconde intention.

La plupart des chirurgiens sont aujourd'hui partisans de l'opération immédiate. On fait ressortir le peu de gravité de l'opération. L'on ajoute que, si l'on échoue, il est toujours temps de faire une nouvelle tentative. La suture faite aussitôt après l'accouchement a l'avantage d'être une opération très-simple ; tandis que la périnéorrhaphie, après la cicatrisation isolée des bords de la déchirure, est une opération très-délicate.

Il nous semble que pour apprécier la valeur de l'opération immédiate, il faut distinguer les déchirures complètes des déchirures incomplètes.

L'intégrité ou la déchirure du sphincter, voilà la cause qui explique les succès et les insuccès.

S'il s'agit d'une déchirure incomplète (c'est-à-dire si le sphincter est intact), quelle que soit son étendue, la guérison est la règle. Il suffit d'appliquer quelques serre-fines pendant vingt-quatre heures. Souvent la position seule suffit pour amener la guérison. Ce sont des cas semblables qui ont fait croire à certains auteurs du siècle dernier,que les déchirures du périnée guérissaient spontanément. On aura d'autant plus de chances de réussir qu'on sera plus près du début de l'accident. On peut encore tenter la réunion, avec des serres-fines, vers le neuvième ou le dixième jour, mais sans grandes chances de succès.

Si la déchirure est complète, si le sphincter est rompu, si surtout la cloison recto-vaginale est atteinte, que doit-on faire?

La guérison spontanée par la position est impossible ; l'application de serres-fines échoue presque sûrement. Faut-il rapprocher les bords de la plaie,au moyen d'une suture métallique ? C'est le conseil que donnent la plupart des auteurs classiques. Si on ne réussit pas, disent-ils, on en est quitte pour recom-

mencer plus tard. Il est fort difficile de donner une règle précise. Les cas où la suture, pratiquée immédiatement pour une déchirure complète, a réussi, doivent être bien rares puisque M. Guéniot n'en connaît pas (1). M. Blot est également hostile à l'opération immédiate. M. Verneuil (2) l'a pratiquée une fois trois jours, et une seconde fois, trois semaines après l'accouchement. La première malade fut emportée par la fièvre puerpérale au bout de dix jours, sans qu'on ait pu savoir quel avait été le sort de la suture ; dans le second cas, l'échec fut complet ; la réunion ne se fit en aucun point. Il est facile, du reste, de comprendre l'insuccès constant, dans tous ces cas, de la suture immédiate. Ce qui a pu induire les observateurs en erreur, ce sont les dimensions énormes qu'acquiert le périnée pendant l'accouchement ; Sa longueur atteint 10, 12 et 15 centimètres. Qu'une déchirure vienne à se produire, qu'elle s'étende de la fourchette à l'anus, on croira immédiatement à une lésion épouvantable. Il peut très-bien se faire cependant que le sphincter soit intact, que la déchirure soit incomplète, comme on pourra le voir quelques heures plus tard lorsque le périnée aura repris ses dimensions normales. Dans ces cas les serres-fines suffisent pour amener la guérison ; mais le sphincter était intact.

En résumé, dans les déchirures *complètes*, la suture pratiquée aussitôt après l'accident échoue presque toujours, nous dirions volontiers toujours. Elle est donc inutile. Peut-être n'est-elle pas sans dangers, si l'on songe aux accidents puerpéraux si fréquents après l'accouchement. Nous croyons donc qu'on fera bien de s'abstenir de la suture. Nous n'avons pas de confiance dans l'application de grandes serres-fines ; mais comme ce moyen est simple et sans danger, nous ne voyons aucun inconvénient à son emploi.

---

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 5 avril 1876. Rapport de M. Guéniot sur le mémoire de M. Hue, de Rouen, et discussion.

(2) *Mémoires de chirurgie. Chirurgie réparatrice*, t. I, 1re édition, p. 988.

La question de l'opération immédiate étant écartée, à quel moment faut-il faire la périnéorrhaphie ? Peut-on agir dès que les bords de la déchirure sont cicatrisés? Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il faut laisser passer la période pendant laquelle la femme est exposée aux accidents puerpéraux. D'autres ajoutent qu'il faut attendre les deuxièmes règles.

Ces principes sont d'une importance capitale. Chaque fois qu'on a opéré prématurément, pour satisfaire au désir des malades, on a eu des échecs complets. Mais ces délais ne sont pas suffisants. Presque tous les chirurgiens, et M. Trélat avec eux, attendent au moins six mois. Ce qu'ils redoutent, ce ne sont pas des accidents puerpéraux, mais un défaut de plasticité chez la malade. Ils laissent à l'utérus le temps de subir son involution. Si la femme nourrit, il est évident qu'il faudra attendre qu'elle ait cessé d'allaiter.

II. — *Préparation de la malade.*

La périnéorrhaphie est une opération très-délicate. Avant de la pratiquer, il est nécessaire que la malade se trouve dans certaines conditions indispensables au succès.

Les déchirures du périnée s'accompagnent souvent de rectocèles, de cystocèles, et de chutes de la matrice. Il ne peut être question de traiter préalablement ces complications, puisque la périnéorrhaphie a pour effet et quelquefois pour but de les faire disparaître. Mais il est d'autres complications dont la disparition est nécessaire. Il existe parfois de la métrite avec ulcération du col, s'accompagnant de leucorrhée abondante. Quelques cautérisations, le repos, des bains, pourront sinon la guérir complétement, du moins l'améliorer, et par suite diminuer l'écoulement. Mais ce sont surtout les complications du côté du tube digestif qu'il faut redouter. Le plus ordinairement les malades, pour diminuer l'incontinence des matières, se soumettent à un régime qui produise la constipation. Cependant, dans quelques cas il existe une diarrhée incoercible, liée en général à une rectite. Il ne faut faire l'opération que lors-

qu'elle aura été complètement guérie. Cela est souvent fort difficile, car elle est entretenue par la lésion de la cloison, et l'opération est le seul moyen de la faire disparaître définitivement. M. Trélat, dans ses leçons cliniques (1), raconte l'histoire d'une malade qui portait depuis sept ans une fistule recto-vaginale avec déchirure de la fourchette, sans en ressentir de grands inconvénients. Au bout de ce temps survint de la rectite. Son état devint alors intolérable. Elle consulta un médecin qui reconnut la fistule et qui, pensant avec raison que cette lésion entretenait l'inflammation du rectum, adressa la malade à M. Trélat. Celui-ci fut d'abord très-embarrassé. Pour guérir la rectite, il fallait oblitérer la fistule ; mais pour faire l'opération, il fallait faire disparaître les accidents intestinaux. C'est à eux qu'il s'attaqua d'abord ; puis, lorsque la diarrhée et le ténesme eurent momentanément disparu par un traitement médical approprié, il fit la périnéorrhaphie, et guérit du même coup la malade de sa fistule et de sa rectite.

L'incontinence des matières amène souvent de l'érythème et des excoriations de la vulve. On en fera disparaître la cause en produisant la constipation, et on combattra l'irritation des parties par des bains et des soins de propreté.

Enfin, on se souviendra que les opérations anaplastiques échouent souvent par suite d'un mauvais état général. Si les malades sont faibles et débilitées, on leur prescrira du fer, du quinquina, et le séjour à la campagne, jusqu'à ce que leur santé se soit améliorée.

C'est là ce qu'on peut appeler la préparation éloignée des malades. Il faut encore, au moment de pratiquer l'opération, les soumettre à une préparation immédiate ayant pour but de produire la constipation pendant quelques jours. La veille de l'opération on donne un purgatif; le matin un lavement, afin de vider complètement le tube digestif.

(1) Cette leçon faite à la Charité au mois de juin 1879 sera prochainement publiée dans le *Progrès médical*, et plus tard prendra place dans le *Recueil* de *Leçons cliniques* de M. Trélat.

III. — *Avivement.*

Après avoir rasé les parties et les avoir lavées à l'eau phéniquée, on anesthésie la malade. Presque tous les chirurgiens se servent simplement du chloroforme. Lorsqu'il s'agit de faire une opération sur la face ou sur les parties génitales, M. Trélat produit l'anesthésie par un autre procédé. Une heure et demie avant l'opération, il donne une potion contenant 6 grammes de chloral, et 40 grammes de sirop de morphine. Chez les jeunes gens et chez les femmes on obtient ordinairement une anesthésie rapide et complète, ayant l'avantage de durer assez longtemps. Chez les hommes, le résultat est moins certain. Si l'anesthésie n'est pas complète, on donne le chloroforme, et il suffit en général de quelques inhalations pour produire la résolution et l'insensibilité.

On place la malade sur le bord d'une table étroite, dans la position de la taille ; les cuisses sont fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses. De chaque côté un aide maintient les membres inférieurs, et écarte, en les tendant, les grandes lèvres et les bords de la déchirure.

Plusieurs chirurgiens recommandent l'emploi du spéculum de Sims, appliqué sur la paroi antérieure du vagin, et maintenu par un aide qui tient le manche au-dessus du pubis. Il n'est utile que dans les cas où on ne peut bien apercevoir l'angle supérieur de la déchirure.

Actuellement presque tous les chirurgiens font l'avivement de la même manière. Il n'en a pas été toujours ainsi. Roux, Dieffenbach et les chirurgiens qui les imitèrent, se bornaient, au niveau de la cloison, à aviver les bords de la déchirure, en excisant la cicatrice perpendiculairement aux surfaces. Ils mettaient tous leurs soins à maintenir bien accolées les surfaces avivées, les uns, avec Roux, en rapprochant les tissus par la suture enchevillée, les autres, avec Dieffenbach, en pratiquant sur les fesses des incisions libératrices, quelques-uns même,

combinant les deux procédés, joignaient à la suture enchevillée les incisions de Dieffenbach.

Malgré les succès obtenus, les insuccès étaient encore nombreux. Des modifications plus ou moins heureuses furent apportées à ces procédés ; elles n'eurent pas grand retentissement Il n'en fut pas de même du procédé de Langenbeck. Cherchant la cause des insuccès dans l'opération de Roux et de Dieffenbach, il les attribua à l'irritation produite sur la plaie par les liquides vaginaux. Il proposa de tailler deux lambeaux avec la muqueuse vaginale, de les amener en avant, et de les suturer à l'angle antérieur du périnée de façon à former un plan incliné conduisant au dehors les liquides vaginaux.

Aux procédés par suture, il substituait un procédé par *autoplastie*.

Nous ne décrirons pas le procédé de Langenbeck, aujourd'hui abandonné ; mais nous allons donner quelques indications sur des procédés qui en dérivent. Ils ne sont guère employés ; mais les noms de leurs inventeurs sont trop connus pour que nous puissions les passer sous silence.

Demarquay, après avoir avivé triangulairement la cicatrice périnéale, dédoublait la cloison, de façon à former deux lambeaux, l'un rectal, l'autre vaginal.

M. Le Fort taille de chaque côté un lambeau vaginal, à convexité inférieure, et dont les extrémités répondent d'une part à l'angle profond de la déchirure, et d'autre part à l'angle vulvo-périnéal du nouveau périnée.

Le procédé de M. Richet a été décrit par deux de ses élèves, mais d'une façon un peu différente par chacun d'eux (1). M. Serres, après avoir parlé de l'adaptation à la périnéorrhaphie des procédés américains pour la fistule vésico-vaginale, après avoir rappelé l'observation lue par M. Verneuil à la Société de chirurgie en 1862, ajoute qu'en 1866, M. Richet a em-

(1) Serres. *Des fistules recto-vaginales considérées surtout au point de vue du traitement*. Th. inaug. Paris, 1867, n° 275. — Bourdon (Emmanuel), *Des anaplasties périnéo-vaginales*. Th. inaug. Paris, 6 mars 1875.

ployé avec succès le procédé de M. Verneuil pour une déchirure complète du perinée et de la cloison. Il dit, dans ses conclusions, que la méthode américaine est la seule vraiment rationnelle. M. Bourdon, au contraire, dit que le procédé de M. Richet a une certaine analogie avec celui de Langenbeck, il le rapproche de ceux de Demarquay et de M. Le Fort : « M. Richet, dit-il, dissèque la muqueuse vaginale dans une certaine étendue, de façon à la séparer de la muqueuse rectale et à dédoubler ainsi la cloison... La muqueuse est décollée et forme un lambeau flottant dont les bords peuvent être rapprochés et suturés sur la ligne médiane. » (Loc. cit. page 46). C'est surtout par la façon de faire la suture que ce procédé diffère des autres procédés à lambeaux.

Je me borne à mentionner le procédé très-compliqué de Freund. On en trouvera, sinon la description, du moins les figures dans les leçons de M. Péan (1).

Tous les procédés par autoplastie ont des inconvénients du même genre. Ils nécessitent soit des incisions libératrices, soit l'incision du sphincter. Ils divisent le tissu cellulaire vagino-rectal, ce qui n'est pas sans dangers, comme le fait observer de Roubaix, lorsque la déchirure s'étend jusqu'au voisinage du cul-de-sac recto-vaginal. Ils exigent presque toujours la suture rectale. M. Richet, il est vrai, la repousse ; mais M. Le Fort le lui reproche ; enfin ils sont compliqués. Quant à l'avantage de mettre la plaie à l'abri des liquides soit vaginaux, soit rectaux, on l'obtient par des procédés plus simples, plus rationnels, et n'ayant pas les inconvénients que nous venons de signaler. Aussi n'est-il pas étonnant que presque tous los chirurgiens aient adopté aujourd'hui un autre mode d'avivement.

Il suffit de jeter un coup-d'œil sur les descriptions de périnéorrhaphie données dans les publications récentes, en France, en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, pour voir que tous les auteurs, repoussant les méthodes autoplastiques, font

---

(1) Péan. *Leçons de clin. chir.*, professées à l'hôp. Saint-Louis pendant les années 1875 (2e semestre) et 1876. Paris, Germer Baillière, 1879, p. 282.

l'avivement d'après les mêmes principes. Ils adaptent à la périnéorrhaphie les procédés d'avivement employés par les chirurgiens américains pour le traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Verneuil, croyons-nous, est le premier chirurgien qui fit la périnéorrhaphie d'après ces principes. Dans une très-intéressante communication à la Société de chirurgie, le 14 mai 1862, il rendit compte d'une opération qu'il fit au mois de décembre 1861. « J'étais guidé, dit-il, par cette idée générale, que les procédés autoplastiques sont essentiellement destinés à remédier aux lésions accompagnées de pertes de substance, mais que, lorsque cette particularité manque, il faut se contenter des réunions simples, ou *haphies*, en exécutant celles-ci avec toutes les précautions nécessaires, et en utilisant toutes les nouvelles conquêtes de la médecine opératoire. »

Voici comment il décrit l'avivement : « Pour être sûr d'obtenir des deux côtés une surface saignante d'égale dimension, je trace avec la pointe du bistouri la limite exacte des deux facettes d'avivement. En arrière, l'incision longe la muqueuse rectale sans l'intéresser, et en laissant même entre elle et la plaie d'avivement un petit liseré longitudinal de 1 millimètre de largeur ; de cette façon, j'évite la muqueuse intestinale. En revanche, je dépasse hardiment les limites qui séparent la cicatrice de nouvelle formation, du vagin en avant, et de la peau en bas.

« Je n'enlève que l'épaisseur des parties molles rigoureusement nécessaire, c'est-à-dire qu'avec un bistouri très-tranchant j'abrase très-superficiellement des deux côtés, sacrifiant une couche de moins de 1 millimètre. Pour aviver, j'observai les mêmes règles que pour la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire que je respectai complétement la muqueuse rectale et ménageai le liseré de sa soudure avec la muqueuse vaginale. C'est aux dépens de celle-ci que je créai tout autour de l'angle de la déchirure une surface saignante en forme de fer à cheval, large de plus de 1 centimètre, et formée par l'abrasion des couches les plus superficielles de la muqueuse. »

Les avantages de ce nouveau mode d'avivement sont incontestables et incontestés. Nous nous bornerons à les indiquer; ils sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister. L'opération ainsi pratiquée est simple, elle est rationnelle. On a une large surface d'avivement; on ne touche pas au tissu cellulaire de la cloison; on respecte la muqueuse rectale si vasculaire et si irritable; on peut se dispenser des incisions libératrices; on peut enfin, en pratiquant des sutures convenables, se mettre à l'abri de quelques accidents *suturés*, suivant l'expression de M. Verneuil.

En 1864, M. de Roubaix (1) (de Bruxelles), fit connaître le résultat de sa pratique. Il faisait l'avivement absolument comme M. Verneuil. Sa description ne diffère de celle du savant professeur de la Faculté de Paris, qu'en ce qu'elle précise mieux les limites antérieures de l'avivement, entre les grandes lèvres et l'anus. Je ne donne pas cette partie de sa description; M. Trélat pratique l'avivement exactement de la même manière que M. de Roubaix; on trouvera à la fin de ce chapitre la description qu'en donne mon savant maître, dans les notes inédites qu'il m'a communiquées.

La figure que M. de Roubaix joignit à son article diffère un peu de celle que nous donnons plus loin, par la façon de limiter l'avivement en avant. C'est la seule différence qu'il y ait entre elles. Si on lit le texte de M. de Roubaix, on verra que la figure qu'il donne n'est pas exactement conforme à sa description, nous avons fait la correction.

J'ai insisté sur la description de M. Verneuil parce qu'elle est la première de ce genre; parce qu'elle est plus détaillée et plus précise que celles qui l'ont suivie. J'ai insisté sur la planche qui accompagne le travail de M. de Roubaix, parce qu'elle est la seule qui reproduise exactement la forme de l'avivement *lorsqu'il s'agit de déchirures totales*. Les figures ne manquent pourtant pas dans les ouvrages récents. Toutes s'appliquent à

(1) de Roubaix. *Presse méd. Belge*, n° 10, 21 fév. 1864.

des déchirures incomplètes, ou tout au moins peu profondes ; *le bord rectal* de l'avivement n'existe pas, ou est à peine indiqué. Aussi existe-t-il une certaine obscurité dans plusieurs des descriptions.

J'ajoute qu'elles sont, pour la plupart, beaucoup trop laconiques. Elles renferment des détails secondaires, mais l'essentiel ne s'y trouve pas. On se borne à dire qu'il faut aviver largement, qu'il faut respecter le rectum ; quelques auteurs ajoutent que l'avivement doit être complet, qu'il faut étancher le sang avec soin ; pour les uns les ciseaux sont préférables au bistouri, pour les autres le bistouri est préférable aux ciseaux. Peut-être cette brièveté tient-elle à ce que les auteurs supposent trop connues les descriptions de M. Verneuil et de M. de Roubaix, peut-être songent-ils aux déchirures peu profondes, comme le font supposer les figures qu'ils donnent ; mais il est certain qu'un chirurgien qui pratiquerait pour la première fois la périnéorrhaphie serait fort embarrassé pour faire l'avivement, s'il n'avait pour guides que les descriptions succinctes de la plupart des auteurs et les figures qu'ils y ajoutent.

Dans beaucoup de descriptions on ne trouve pas d'indications exactes sur le point où doit s'arrêter en bas la ligne d'avivement qui suit le bord rectal. Dans ces derniers temps, quelques chirurgiens (1), suivant l'exemple des américains, ont recommandé de dépasser les limites antérieures de l'anus, de façon, après l'accolement, à rétrécir cet orifice. Ce précepte est la conséquence de certaines idées théoriques que nous discuterons à propos des sutures. Je m'empresse de dire que cette pratique est repoussée par M. Trélat. Voici comment il pratique l'avivement (2) :

« La malade rasée, lavée à l'eau phéniquée, anesthésiée (3),

(1) Huë. *Etude sur la périnéorrhaphie.* (*Ann. de Gyn.*, t. VI, juillet 1876, p. 1. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 5 avril 1876. — Terrillon. *Loc. cit.*

(2) Notes inédites.

(3) M. Trélat donne, une heure et demie avant l'opération, une potion avec 6 gr. de chloral et 40 gr. de sirop de morphine. Si l'anesthésie n'est pas complète, quelques inhalations de chloroforme suffisent pour la produire (V. p. 113).

est placée à bon jour, sur le bord d'une table étroite, sur le dos, les genoux fléchis, et symétriquement maintenus.

« Une première incision suit rigoureusement le bord de la déchirure de la cloison, en respectant le liseré de la muqueuse rectale. Elle descend en bas jusqu'à la limite antérieure des plis rayonnés de l'anus. Répétée de chaque côté, elle a, comme la déchirure, la forme d'un V, ouvert en bas.

« Une seconde incision commence juste à 10 ou 12 millimètres au-dessus de l'angle de la première. Elle est conduite sur la muqueuse vaginale, parallèlement à celle-ci, jusqu'à la rencontre de la cicatrice de la déchirure de la fourchette ; elle se relève alors au-dessus de cette cicatrice et jusqu'à sa limite antérieure, soit horizontalement, soit plus ou moins obliquement, suivant la profondeur de la déchirure.

« Une troisième incision, qui réunit les deux premières, continue par sa direction le bord interne des grandes lèvres, et la place bilatérale de l'ancien raphé périnéal.

« Cette manœuvre, répétée de chaque côté, donne une surface avivée qui, dans ses parties antérieures, représente toute la hauteur et l'épaisseur du périnée rompu, et dans sa partie postérieure, deux plans obliques de plus de 1 centimètre de large, taillés aux dépens de la muqueuse vaginale seule. »

(*A suivre.*)

QUELQUES PHÉNOMÈNES SUPPLÉMENTAIRES DES RÈGLES.

SUITE (1).

Par le Dr **Jules Rouvier** (de Marseille).

II

ÉRYSIPÈLE SUPPLÉMENTAIRE.

L'érysipèle est, sans contredit, la plus commune des affections supplémentaires des règles. Cette particularité avait frappé les médecins du siècle dernier. Ainsi, Hoffmann (2) dit: *singulis mensibus redeuntia erysipelata notavi*, et Frank (3), parlant des érysipèles nés à la suite de suppression des règles, en donne l'explication suivante: *excretionis menstruæ suppressio ad frequentem satis erysipelatis causam spectat, quia fit ut quo tempore illa absolvi debuisset, hoc ipsum periodice interdum ad cutem compareat.*

Malgré les remarques de Frank et d'Hoffmann, le nombre de travaux publiés sur l'érysipèle supplémentaire est beaucoup plus restreint qu'on ne croit. Depuis le commencement de ce siècle à peine trouve-t-on çà et là quelque thèse ou quelque article dans un journal. Nous ne les énumérons donc pas, nous nous bornerons à les citer quand l'occasion s'en présentera dans le courant de ce travail.

Les érysipèles supplémentaires peuvent rentrer dans trois catégories :

1° Érysipèles irrégulièrement supplémentaires.

---

(1) Voir le numéro de juillet.

(2) Hoffmann. *Opera omnia*, 1129.

(3) J.-P. Frank. *De curandis hom. morbis*, 1792.

2° Erysipèles coïncidant régulièrement avec les époques menstruelles.

3° Erysipèles périodiques après suppression des règles.

Première catégorie. — Ces érysipèles, de beaucoup les plus fréquents, se montrent en général chez les scrofuleuses, ou les personnes d'un lymphatisme exagéré.

Obs. IV. — Alice M..., batteuse d'or, 19 ans, entrée le 5 mars, salle Sainte-Foy. Malade ayant tout à fait le cachet de la constitution scrofuleuse.

Œdème considérable de la face et des jambes datant de dix-huit mois.

Anémie caractérisée par la pâleur du teint, des névralgies, de l'analgésie, un bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur, des palpitations, etc.... Jamais de rhumatismes, chorée à l'âge de 6 ans. Malgré l'état d'anémie, les règles sont régulières, mais le sang est pâle et peu abondant. Leur durée est très-courte, et dans l'intervalle beaucoup de pertes blanches.

L'enflure de la face et des jambes est permanente et stationnaire. De temps en temps, quand les règles sont pour venir, il se fait à la figure une poussée inflammatoire, peut-être un érysipèle. La malade éprouve alors des frissons, la peau se tend, devient rouge, cuisante et douloureuse à la pression. En quatre ou cinq jours tout s'apaise.

Cette poussée ne se produit pas à chaque époque menstruelle. Il peut se faire un intervalle de deux ou trois époques. La malade a vu aussi cette complication survenir dans la période intercalaire à la suite d'une simple contrariété. Les urines sont claires, limpides, sans dépôt, chargées d'albumine. Au microscope on n'y découvre que de rares cylindres hyalins. L'analyse chimique n'a pas été faite.

L'état général, malgré l'œdème et l'anémie était assez bon, les fonctions digestives régulières. On mit la malade au régime lacté qui fut bien supporté. Il amena promptement la disparition, ou du moins la diminution de l'œdème, mais après deux mois de traitement la teneur en albumine n'était nullement modifiée. Dans l'intervalle, le 27 avril, à l'occasion de ses règles la malade avait, eu vers la face une poussée érysipèlateuse. Cette poussée dura jusque vers le 2 mai; vingt-quatre heures plus tard elle avait presque disparu, ne laissant

d'autre trace qu'un peu plus d'œdème de la face et un peu de desquamation.

Deux mois plus tard la malade quitta l'hôpital, elle n'avait pas eu de nouvelle éruption. L'état général était bon, mais l'urine renfermait toujours, en apparence du moins, la même quantité d'albumine (1).

Cette observation semble moins intéressante qu'elle n'est en réalité. Rien d'étonnant de voir de fréquents érysipèles chez une malade scrofuleuse sujette à des troubles cardiaques et à de l'albuminurie, mais le fait que l'on doit remarquer c'est la coïncidence de l'érysipèle et de la menstruation.

L'observation suivante offre plus d'intérêt. L'érysipèle se manifeste chez une personne dont l'état général est assez bon, bien qu'elle soit scrofuleuse. L'exanthème précède l'apparition des règles.

Obs. V. — J'ai été appelé récemment à donner des soins à une jeune femme de 21 ans, qui est depuis peu au service d'une personne de ma famille : quelques jours après son installation elle a été prise de malaise, de frissons, d'anorexie, et elle a annoncé à ses maîtres qu'elle allait avoir un érysipèle; qu'elle y était sujette presque à chaque époque, avant l'arrivée de ses règles, lesquelles sont toujours en retard. En effet, la face n'a pas tardé à se colorer et à s'œdématier, surtout autour du nez. La fièvre s'est allumée, les ganglions du cou sont pris, et la malade a accusé un sentiment de chaleur très-désagréable.

Des lotions de sureau ont été faites, un laxatif prescrit, une sangsue a été appliquée à la vulve pour accélérer l'apparition de l'hémorrhagie menstruelle, attendue en vain depuis quelques jours. Le sang a enfin paru, et l'érysipèle est entré en évolution. Il n'avait, du reste, entraîné que peu de réaction générale; sa coloration était d'un rouge jaune et le liséré des bords à peine saillant.

Cette malade perd en blanc dans l'intervalle de ses époques; elle offre une certaine bouffissure de la face et tous les attributs du tempérament strumeux (2).

(1) Danlos. Th. de Paris, 1874, n° 111, obs. XI, p. 29.

(2) Grellety. *Erysipèle lié à la menstruation. Gaz. obstétricale*, 20 avril 1878, p. 113.

Comme il est facile de s'en assurer par les observations précédentes, et par celles que nous donnerons dans la suite, l'érysipèle menstruel est des plus bénins : ce caractère particulier ressort singulièrement dans une observation de Thomas (1), que nous résumerons en partie. La malade, infirmière dans un service du professeur Lorain, continuait son service durant ses accès d'érysipèle.

Obs. VI. — Marie N..., infirmière, âgée de 23 ans, est sujette à des érysipèles revenant périodiquement presque à chaque époque menstruelle, sans fièvre, sans malaise assez grand pour la forcer à interrompre son service, fort pénible, d'infirmière. Gourmes dans l'enfance ; face bouffie particulière aux scrofuleux; point d'autres traces de scrofule. Fièvre typhoïde il y a trois ans et demi; les règles se sont montrées pour la première fois à l'âge de 17 ans, mais les fonctions menstruelles ont mis trois ans à se régulariser; de 17 à 20 ans notre malade était quelquefois trois ou quatre mois sans voir; lorsque les règles venaient, elles étaient ordinairement fort abondantes. Depuis trois ans, les fonctions menstruelles s'accomplissent avec une régularité parfaite; les règles durent huit jours.

Le premier érysipèle se serait montré il y a trois ans et demi, à une époque menstruelle; les époques suivantes ne s'accompagnèrent pas d'érysipèle. La malade était alors dans son pays en Auvergne. Elle vint à Paris peu après. Elle n'éprouva aucun des troubles menstruels que le séjour des grandes villes occasionne souvent chez les jeunes paysannes. Pendant l'hiver de 1872-73 survint le deuxième érysipèle qui coïncida avec les règles et fut suivi de six autres coïncidant également avec les époques menstruelles. L'écoulement sanguin était normal. On crut devoir prescrire l'huile de foie de morue, en raison du tempérament lymphatique de la malade. Les érysipèles disparurent avec le retour de la bonne saison et ne se montrèrent pas jusqu'à cet hiver, 1874-75. Au mois de février, la malade est à son cinquième érysipèle. Il n'est peut-être pas sans intérêt d'observer que cette fille est occupée dans un service d'accouchements au pansement des femmes, et au nettoyage des enfants.

Description détaillée d'une des attaques d'érysipèle (février 1875). Le 1er février, à 6 heures du matin, cette fille a senti une forte bouffée

(1) Thomas. Th. de Paris, 1875, n° 150, p. 33.

de chaleur et des picotements dans la face gauche. A l'heure de la visite cette joue est occupée par une plaque d'un rouge uniforme, peu vif. Peu de douleur à la pression ; la tuméfaction n'est pas très-considérable et n'offre pas encore de limites bien nettes, mais le derme a déjà perdu de sa souplesse. Pas de fièvre. La malade continue son service d'infirmière. Pas d'angine, aucun engorgement ganglionnaire. On ne trouve aucune trace d'écorchure.

Le 2. La rougeur a gagné la paupière gauche et la moitié du front du même côté. Sur le front, la rougeur est bien nettement limitée par un bourrelet qu'il est facile de sentir en promenant le doigt sur le front. La pression ne produit pas de douleur, pas de ganglions engorgés. La rougeur est toujours pâle, le derme est dur, le doigt ne laisse pas d'empreinte comme sur la peau œdématiée, la surface cutanée est lisse et brillante.

Le 3. Ce matin, nouvelle bouffée de chaleur sur la joue droite où l'on voit une plaque exanthématique tout à fait semblable à celle de la joue gauche. La plaque de la joue gauche a pâli ; le derme est toujours dur au toucher. Langue nette, appétit excellent, pas de fièvre ; la malade éprouve seulement un peu de fatigue le soir.

Le 4. Les règles sont venues dans la journée d'hier, l'écoulement sanguin est tout à fait normal. La rougeur de la face prend un aspect marbré. On conseille de prendre chaque jour une cuillerée d'huile de foie de morue.

Le 5. La rougeur persiste ; desquamation furfuracée, extrêmement fine sur la joue gauche.

Le 6. La rougeur commence à s'effacer. Les règles coulent toujours. Pas de nouvelle poussée érysipélateuse.

Le 9. L'écoulement menstruel s'arrête.

Le 10. L'érysipèle a disparu, mais la face est encore bouffie.

Période intercalaire ; quinze jours après les règles l'examen des parties envahies antérieurement par l'érysipèle permet de constater la persistance d'un peu de boursouflure de la face et d'un certain degré d'induration du derme.

Mars. Nous nous proposions d'observer de nouveau la malade à l'époque menstruelle, mais elle a eu à ce moment une varioloïde.

Deuxième catégorie. — Les érysipèles de la seconde catégorie apparaissent, soit spontanément, soit sous l'influence de trou-

bles quelconques (obs. IX), chez des femmes assez robustes, mais en général lymphatiques.

Ils sont remarquables en ce qu'ils apparaissent constamment avec les règles, cessent pendant la grossesse pour se manifester de nouveau avec le retour de la menstruation (obs. VIII et IX). Quelquefois la malade a eu un ou plusieurs érysipèles avant la puberté, comme dans l'observation de M. Ladmiral (1).

Obs. VII. La nommée Virginie Perrin, âgée de 18 ans, couturière, est entrée le 15 février 1875, dans le service de M. le professeur Lasègue (hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, n° 31). Cette jeune fille est ordinairement d'une bonne santé, cependant elle est un peu anémique, ses règles manquent quelquefois et sont peu abondantes. Pas d'habitus scrofuleux.

Avant l'érysipèle actuel cette malade en a déjà eu trois. Un à l'âge de 7 ans, les deux autres aux époques menstruelles précédentes. L'érypèle actuel coïncide aussi avec l'époque menstruelle. Le 11 février, frissons répétés, perte d'appétit, céphalalgie, un peu de toux. Pas d'angine, mais écorchures et croûtes dans le nez.

Le 14. Douleur de tête très-vives, puis rougeur de la face débutant par le nez.

Le 15. La moitié droite de la face est rouge, d'une teinte uniforme présentant quelques phlyctènes et formant au niveau du front un bourrelet bien marqué. Fièvre assez forte, P., 112. T., 38°,2. La langue est chargée, l'appétit nul, pas de garde-robe depuis trois jours. Les règles apparaissent le 15, elles sont peu abondantes et peu colorées.

Le 16. Les règles continuent ; l'éruption s'est étendue depuis hier. P., 110. T. 38°.

Le 17. Douleurs assez vives dans les articulations. T., 39°,4. Purgatif. L'exanthème a gagné la partie gauche de la face ; il s'étend depuis la commissure des lèvres jusqu'à la naissance des cheveux ; les oreilles sont intactes ainsi que le cuir chevelu. Les règles cessent d'être rouges, elles sont remplacées par des fleurs blanches. Les urines sont peu abondantes, chargées, et contiennent un peu d'albumine.

(1) Thomas. Th, citée, p. 29.

Le 19. L'érysipèle a pâli, l'épiderme se desquame en plaques peu étendues. T., 37°,6. P., 80.

La langue se déterge, l'appétit revient.

Le 26. La malade est complètement guérie et demande son exeat.

L'érysipèle se déclare chez d'autres malades pour la première fois pendant la vie menstruelle, longtemps même après la puberté, sans cause appréciable.

Obs. VIII (1). La fille Renoux (Louise), journalière, âgée de 28 ans, est d'une constitution peu robuste, d'un tempérament lymphatique prononcé. Réglée à l'âge de 15 ans, la menstruation s'est toujours faite très-régulièrement, sans s'accompagner d'aucun phénomène insolite. L'écoulement sanguin durait huit jours, précédé et suivi de leucorrhée abondante. Il y a trois ans, sans *cause appréciable* elle a été prise pendant une époque menstruelle d'un érysipèle du visage qui a duré le même temps que les règles pour disparaître avec elles. Pendant la durée de l'érysipèle l'écoulement menstruel était aussi abondant que de coutume. Depuis ce moment, elle a été prise chaque mois d'un érysipèle du visage, qui commençait avec les règles, durait le même temps qu'elles, et disparaissait avec elles.

Elle devient enceinte une première fois, pendant tout le temps de la grossesse l'érysipèle ne se reproduit pas. La malade allaite son enfant; les règles reparaissent deux mois après l'accouchement et aussitôt l'érysipèle du visage se manifeste de nouveau à chaque époque menstruelle.

La malade devient enceinte une deuxième fois, l'érysipèle ne se reproduit plus et aucun phénomène critique ne semble le remplacer. Elle accouche; ses règles se reproduisent pour la première fois quelques jours avant son entrée à l'hôpital. Elle est de nouveau reprise d'un érysipèle du visage sans aucun phénomène prodromique soit général, soit total.

On administre 20 grammes d'huile de ricin.

L'érysipèle ne s'étend pas, ne s'accompagne pas de phénomènes fébriles; après huit jours de durée il disparaît complètement, l'écoulement menstruel était terminé depuis la veille.

(1) *Bull. de thér.*, t. XXXIII, p. 393.

Notre neuvième observation nous montre un érysipèle apparu sous l'influence d'une émotion violente et cessant aussi pendant la grossesse.

OBS. IX. — Je vis au Bureau central, alors que j'y faisais le service en 1848, une femme de 48 ans, qui avait eu trois enfants. Cinq ans avant, étant enceinte et presque en travail, elle éprouva une émotion morale violente (son mari, blessé grièvement, fut rapporté mourant chez elle), l'accouchement eut lieu brusquement, l'enfant qui naquit vivant fut atteint, peu de jours après, d'attaques épileptiformes et succomba après quelques mois. Depuis cette couche la malade était prise au moment de chaque époque menstruelle (régulière et exacte d'ailleurs), d'un érysipèle occupant souvent la face et quelquefois l'une des épaules ou des jambes. Elle a eu depuis un enfant qu'elle a amené à bien et qui, âgé de deux ans en ce moment, est atteint d'une bronchite aiguë. Cette couche nouvelle n'a en rien modifié l'état de la malade et elle a toujours vu revenir ses érysipèles à chaque époque menstruelle, laquelle est d'ailleurs restée régulière. C'est une femme d'une constitution moyenne, présentant les signes extérieurs du tempérament nerveux et un peu lymphatique. Elle vit dans d'assez bonnes conditions hygiéniques. Au moment où elle vint consulter au Bureau central elle présentait une sorte de bouffissure non colorée de la face, peu marquée au nez, avec signes de congestion cérébrale, étourdissements, céphalalgie, trois prodromes qu'elle a observés dans les autres attaques. L'érysipèle a manqué seulement à la dernière époque, il y a un mois. Elle avait pris auparavant quelques doses de rhubarbe. Pendant quelque temps elle a pris un peu de quinquina et un peu de fer. Constipation habituelle.

Je prescris pour l'époque actuelle 30 grammes de sulfate de soude, et pour plus tard, 0,60 centigrammes de sulfate de quinine, répétés trois jours avant l'époque (1)

A l'approche de la ménopause, alors que l'organisme de la femme s'apprête à subir une révolution au moins aussi importante qu'à la puberté, par suite de la suppression du flux menstruel, on rencontre des érysipèles supplémentaires assez fré-

(1) Béhier. *Conférences de clin. méd.* Paris, 1864.

quents. Mais, en général, ils sont plus violents et précèdent l'apparition des règles.

Obs. X. — J'ai observé (1), dans le service de M. le Dr Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, un cas d'érysipèle qui présentait des rapports avec le précédent (obs. V), sauf cette différence qu'il a été plus violent. La malade en cause, âgée de 37 ans, par conséquent touchant à la ménopause, était entrée à l'hôpital pour s'y faire traiter d'un acné pilaris, de nature arthritique. La guérison était à peu près complète lorsqu'elle a été prise d'un érysipèle intense de la face (il n'en existait pas dans la salle, et le mal ne s'est pas propagé). L'ovulation était retardée, et un mieux sensible a suivi l'hémorrhagie normale.

On a encore vu l'érysipèle se manifester régulièrement un peu avant la menstruation, d'une façon transitoire, lorsque cette dernière a reparu, après une cessation plus ou moins longue, sous l'influence d'un traitement ferrugineux.

Obs. XI. — Anna S..., anémique, n'a pas ses règles depuis un an. Un traitement ferrugineux rappelle le flux menstruel, les deux premiers mois du retour des règles, érysipèle facial précédant de deux jours l'apparition du flux menstruel durant quinze jours. Température assez élevée. Œdème cutané persistant, de la face (2).

Devons-nous considérer comme fortuite cette coïncidence de l'érysipèle avec le retour des règles, à la suite d'un traitement par les martiaux? Non, certainement. Il a été bien constaté, en effet, par tous les thérapeutistes, et spécialement par Trousseau (3) que les ferrugineux exercent fréquemment une grande influence sur la peau, influence qui se traduit par des pustules d'acné localisées de préférence au visage et au thorax; d'autre part, ces mêmes martiaux facilitent les règles chez les femmes de bonne constitution, mais les entravent en partie ou les re-

(1) Grellety. *Loc. cit.*, p. 113.

(2) Serrand. Th. de Paris, 1872.

(3) Trousseau et Pidoux. *Traité de thér.*, 9e éd., 1875, p. 17-18.

tardent chez le plus grand nombre. Il n'est donc pas étonnant de voir ces deux actions se combiner et donner lieu à un érysipèle facial supplémentaire. Ce sentiment est d'autant plus acceptable qu'il peut trouver un nouvel appui dans la dépendance relative de la menstruation et des fonctions cutanées, dépendance que nous ferons surtout ressortir dans la troisième partie de ce mémoire.

3e *catégorie.* — Nous avons classé dans cette catégorie les érysipèles périodiques après suppression des règles. Comme il est facile de le supposer, d'après les raisons que nous avons exposées à propos de la dixième observation, cet érysipèle n'est pas rare au moment de la ménopause. Nous n'en citerons qu'un seul exemple emprunté au professeur Béhier (1).

Obs. XII. — Il s'agit d'une femme de 54 ans, chez laquelle, au moment où s'établit la ménopause, les règles furent, à époques exactement correspondantes, remplacées par des érysipèles de la face. Les phénomènes généraux ne furent pas sans gravité, et furent presque toujours caractérisés par du coma. L'attaque, en elle-même ne nécessita pas de traitement particulier, mais la maladie ne cessa de se reproduire que sous l'influence de 75 centigrammes de sulfate de quinine, donnés chaque jour et dont l'usage fut commencé six jours avant le moment des anciennes époques menstruelles et continué pendant le temps de leur durée d'autrefois.

Dans certains cas l'érysipèle a tantôt coïncidé avec les règles et les a tantôt remplacées. M. Aubrée en a rapporté un cas dans sa thèse (2).

Obs. XIII. — Une jeune fille de 18 ans, couchée au n° 27 de la salle Saint-Charles, à la Pitié, souffrant d'un érysipèle de la face qui se montrait pour la septième fois depuis six mois, revenant périodique-

(1) Béhier. *Clin. méd.* Paris, 1864.
(2) Aubrée. Th. de Paris, 1857.

ment à chaque époque des règles qui, tantôt ont manqué complètement ou qui ont été notablement diminuées.

Ce fait qui n'est pas isolé, tendrait à nous faire admettre que les règles ne se dévient pas seulement sous forme d'hémorrhagie par un organe quelconque et que les déviations menstruelles, véritables protées, peuvent revêtir le caractère d'affections n'ayant en apparence aucun rapport avec les règles. L'observation suivante est la meilleure preuve à citer en faveur de cette opinion. Ici, les règles disparaissent, sont remplacées d'abord par des érysipèles, puis par des hémoptysies.

Obs. XIV. — Elisa D..., 21 ans, célibataire et couturière, pâle et lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à ces dernières années. A cette époque, ses règles, régulières jusqu'alors, cessèrent tout à coup de paraître. Peu après, une large plaque d'érysipèle parut sur le côté droit du corps, disparut promptement mais reparut à chaque époque menstruelle en durant un peu plus longtemps; cet érysipèle périodique se montra ainsi pendant onze ou douze mois, et pendant tout ce temps il y avait absence des règles. Cette éruption s'accompagnait de fièvre, de malaise, de défaillances, durait deux ou trois jours, puis disparaissait.

Au bout d'un an, malgré l'absence des règles, l'érysipèle menstruel cessa de paraître, il y eut de la toux, et, à chaque époque, la malade vomit du sang.

Cet état durait depuis trois mois, quand, en même temps que l'hémorrhagie supplémentaire, une teinte bleue, noirâtre, se montre vers l'angle interne de l'œil gauche. Le lendemain une large tache existait sous chaque œil.

Depuis cette époque les taches noires persistent sous chaque œil, deviennent plus étendues et d'une couleur plus foncée à chaque époque menstruelle (1).

Si, après avoir ainsi classé les cas d'érysipèles supplémentaires par catégories, nous revenons sur nos observations pour

---

(1) *Dublin quarterly Journ. of med.*, 1855, t. XIX, p. 293.

faire une étude d'ensemble, beaucoup plus générale, nous verrons que de cette étude découlent de précieux enseignements.

Passons sur les caractères bénins de cet exanthème, signalés plus haut. Pour compléter cette question de pronostic, reconnaissons seulement que la répétition de l'érysipèle varie avec la forme qu'il revêt et le moment où il se manifeste. Les scrofuleuses, de même que les femmes arrivées sur la fin de leur vie menstruelle, ont une aptitude spéciale à ces poussées érysipélateuses périodiques. D'après M. Thomas (1), les séries continues dont la moyenne est de 10 à 12 récidives, mais va quelquefois au-delà de 30, existeraient en plus grand nombre que les séries interrompues.

On a pu remarquer (observ. IV, V, VII, VIII), que l'érysipèle se manifeste quelquefois chez des femmes sujettes aux pertes blanches. Doit-on appliquer ici strictement le principe *post hoc, ergo propter hoc*, et dire avec Grellety (2) : « Il est rare que l'écoulement ne soit pas précédé et suivi de leucorrhée? » Cette dernière opinion nous paraît un peu trop affirmative, car, en nous appuyant sur nos observations VI, IX, X, XI, XII, XIII et XIV, où il n'est nullement fait mention de leucorrhée, nous pourrions retourner la phrase de M. Grellety et lui donner un sens tout opposé en supprimant le mot « ne pas. » Telle n'est pas notre intention. Nous croyons, en effet, qu'il n'y a aucun lien entre l'existence simultanée de l'érysipèle et de la leucorrhée, sinon une origine commune dans un état général débilité, lymphatique ou scrofuleux. L'existence de l'un n'implique nullement l'existence de l'autre et réciproquement.

L'érysipèle cataménial nous semble éclaircir un point très discuté de la pathogénie des érysipèles. On sait combien les avis sont partagés à ce sujet. On a voulu anéantir la distinction des érysipèles chirurgicaux et médicaux pour n'admettre qu'une seule classe d'érysipèle. Ce dernier prendrait toujours

---

(1) Thomas, Th. citée.

(2) Grellety. *Gaz. obst. Loc. cit.*, p. 114.

naissance auprès d'une plaie ou d'une excoriation, par suite de la propagation de l'inflammation.

Sans vouloir pénétrer plus avant dans la question et supputer le nombre des observations où cette excoriation a ou n'a pas été signalée, nous dirons qu'il répugne au sens commun d'admettre, chez un graud nombre de personnes, l'existence d'excoriations toujours et seulement au moment des règles. Grellety, en signalant la même objection, la résout de la manière suivante. D'après cet estimable confrère, la muqueuse nasale, chez les strumeux ou scrofuleux, est le siége de fréquentes épistaxis comme aussi d'ulcérations susceptibles de servir de porte d'entrée aux produits septiques. Nous regrettons de ne pouvoir nous ranger à cet avis, car l'inspection la plus rapide des observations publiées dans ce travail prouve que l'érysipèle cataménial ne se déclare pas seulement chez les personnes scrofuleuses. Il faut, en outre, remarquer que les lésions signalées par Grellety du côté de la muqueuse nasale, surviennent seulement à un degré avancé de la diathèse.

Nous avons peu de chose à dire sur le traitement de l'érysipèle cataménial. A part le traitement ordinaire des érysipèles ordinaires, il présente les seules indications suivantes :

1° Si l'exanthème se manifeste chez des sujets débilités ou scrofuleux, prescrire des toniques et antiscrofuleux;

2° Faciliter les règles par des emménagogues (armoise, aloès, pédiluves chauds, etc.), surtout s'il y a aménorrhée ou dysménorrhée;

3° On se trouvera bien aussi d'user des sels (sulfate, bromhydrate) de quinine. L'exemple de Behier est bon à suivre parce qu'il a eu d'excellents résultats.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE.

Hydropisie de l'amnios. — Grossesse gémellaire. — Monstre pigopage. — Mort d'un des foetus avec dégénérescence graisseuse. — Accouchement a six mois et demi.

Par M. le Dr Pilat,
Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

Mme X..., d'un tempérament lymphatico-nerveux, âgée de 35 ans, menstruée régulièrement, a déjà eu 3 enfants qui sont arrivés à terme et sont encore vivants. Les règles parurent, pour la dernière fois, vers le milieu du mois de novembre 1878. Pendant les deux premiers mois, Mme X... n'éprouva aucun des symptômes qui pouvaient faire croire à l'existence d'une nouvelle grossesse, mais à partir du mois de février, c'est-à-dire au milieu du troisième mois, elle s'aperçut que son abdomen grossissait d'une manière démesurée, elle n'éprouvait néanmoins ni nausées ni vomissements, son appétit diminua un peu et elle eut des envies fréquentes d'uriner.

Appelé à l'examiner vers la fin du troisième mois, je constatai, en effet, un développement assez prononcé de l'abdomen, l'utérus rémontait déjà à 3 travers de doigt au-dessus du pubis; en pratiquant le toucher vaginal, je trouvai le col de l'utérus un peu élevé, mou, turgescent. Quant au segment inférieur, il était à la hauteur du détroit supérieur du bassin qu'il bouchait en partie.

En présence de ce fait et en m'appuyant sur le développement de l'abdomen et de l'utérus, je crus devoir déclarer à Mme X... qu'il était fort probable qu'elle était enceinte, mais qu'elle était probablement plus avancée qu'elle ne croyait, bien

qu'il me fût impossible de reconnaître les bruits du cœur du fœtus par l'auscultation (1).

Six semaines après cet examen Mme X... sentit parfaitement les mouvements du fœtus ; son ventre avait acquis un volume plus considérable, et elle éprouvait déjà de la gêne dans la respiration, surtout durant la marche qui, du reste, était assez pénible. L'appétit alors était normal, mais les digestions difficiles et accompagnées de flatulence.

J'examinai de nouveau cette dame vers la fin du cinquième mois, c'est-à-dire vers la fin d'avril, je constatai par le palper abdominal deux corps assez distincts, l'un à gauche, l'autre à droite, ils se déplaçaient facilement et fuyaient sous les doigts à la moindre pression. L'utérus remontait au-dessus de l'ombilic, il était assez tendu, et en appuyant alternativement avec les mains placées sur les parties latérales du ventre, je produisais le ballottement. Je fus porté à croire qu'il existait une grossesse double, bien que l'auscultation pratiquée avec soin ne me fît reconnaître que les bruits du cœur d'un seul fœtus ; ils s'entendaient à droite au-dessus de la fosse iliaque correspondante. Déjà la région sus-pubienne était le siége d'un œdème assez prononcé, aucune partie fœtale n'était perçue par le toucher vaginal, le col était porté en arrière et difficile à atteindre.

A partir de ce moment, sixième mois, le ventre acquit un volume extraordinaire, la gêne de la respiration devint très-prononcée, les jambes commencèrent à se tuméfier, il y avait à n'en pas douter hydramnios compliquant la grossesse, la marche devint impossible et la malade passait une partie de ses nuits et toute la journée couchée sur une chaise longue, la tête relevée par des oreillers.

Bientôt les urines se troublèrent et furent rendues avec difficulté, j'y constatai de l'albumine en assez grande abondance

(1) Dans les grossesses molaires l'utérus s'élève plus rapidement vers le nombril que dans les grossesses ordinaires et c'est là, si on tient compte de quelques autres phénomènes, un signe de présomption de la présence d'une môle.

au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique. Le sommeil était troublé par des cauchemars. La malade devait se lever plusieurs fois pour respirer plus librement.

Vers le 25 du mois de mai (six mois de grossesse) les jambes et les cuisses œdématiées prirent un volume énorme. Les urines devinrent de plus en plus rares, tout en continuant à contenir beaucoup d'albumine; elles finirent par se supprimer complétement. Il y eut alors des troubles de la vue, des douleurs de reins, de la céphalalgie et de l'agitation qui me firent redouter des attaques d'éclampsie. Dans cette occurrence je pensai à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, mais avant de prendre une pareille détermination, je provoquai une consultation qui fut acceptée par la famille. Le Dr Paquet vit la malade avec moi et partagea ma manière de voir. Toutefois avant d'agir et comme dernière ressource je proposai de soumettre la malade au régime lacté avec addition d'eau de Vichy. Au bout de quelques jours de ce traitement, l'état général de la malade devint meilleur, les urines reparurent avec assez d'abondance, elles devinrent claires, mais l'albumine ne disparut pas. Mme X... eut des nuits meilleures, mais la gêne de la respiration, l'œdème des membres inférieurs, l'impossibilité de marcher persistèrent. Enfin le 2 juin (six mois et demi de grossesse), je fus mandé dans la soirée auprès de la malade qui commençait à ressentir les premières douleurs de l'enfantement; on sentait, en effet, en palpant l'abdomen, les contractions de l'utérus; les bruits du cœur du fœtus s'entendaient toujours à droite, ils étaient faibles et ralentis. Je pratiquai le toucher vaginal et je trouvai le col de l'utérus effacé, entre-ouvert à son orifice externe, et, au-dessus du pubis, un corps dur, arrondi, mobile, que je pensai être la tête d'un fœtus.

Une heure et demie plus tard je revis la malade qui éprouvait des douleurs plus énergiques. Le toucher me fit reconnaître que le col était dilaté comme une pièce de 5 francs, la poche des eaux commençait à bomber à travers l'orifice et la tête du fœtus était engagée dans la cavité du bassin.

J'attendis que l'orifice fût plus dilaté et je rompis la poche

des eaux. Il s'écoula alors une quantité de liquide amniotique d'une couleur verdâtre que je pus évaluer à 7 ou 8 litres; le lit de la malade et le parquet de la chambre en furent inondés. Après l'évacuation des eaux l'utérus revint sur lui-même, tout en présentant encore un volume considérable. Ses contractions devinrent alors plus énergiques et, au bout de quelques minutes, la tête sortit rapidement ainsi que le tronc jusqu'à la région des fesses, il y eut alors un temps d'arrêt. Je tirai sur le tronc avec beaucoup de ménagement pour achever l'expulsion sans y parvenir; voulant connaître la cause de ce contretemps, j'introduisis la main droite dans le vagin, j'amenai facilement un des membres inférieurs au dehors, puis le second. Je m'aperçus alors que le siége du fœtus qui vivait encore et respirait facilement, était retenu par un pédicule allongé et épais de 3 à 4 cent. J'introduisis de nouveau la main dans le vagin et constatai la présence d'une tumeur volumineuse qui ne pouvait franchir la vulve et remontait jusqu'au dessus du détroit supérieur ; je la saisis vers son sommet avec les doigts et parvins non sans peine à l'extraire en totalité. Pendant cette manœuvre, le fœtus s'était en partie séparé de cette masse charnue par suite d'une déchirure assez étendue du pédicule. L'enfant fut baptisé et mourut quelques minutes après.

A part une hémorrhagie qui eut lieu après la sortie de la tumeur, par suite d'inertie de l'utérus et pour laquelle 0,60 centigrammes d'ergot de seigle furent administrés, les suites de couches ont été très-naturelles et Mme X... se rétablit très-rapidement.

En examinant la tumeur, volumineuse comme deux têtes de fœtus à terme, arrondie et offrant à sa surface plusieurs tumeurs secondaires du volume d'un petit œuf de poule, je reconnus dans une des anfractuosités la présence d'un pied bien conformé ayant le développement et l'apparence de celui d'un fœtus de 4 mois environ ; il était adhérent à un simulacre de jambe et de cuisse en voie de décomposition. Cette dernière se prolongeait jusqu'au pédicule de la tumeur ; là on pouvait encore distinguer des fibres musculaires déchirées qui avaient

adhéré antérieurement à celles des fesses du fœtus vivant et avaient formé le premier moyen d'union entre les deux parties. Le fœtus, qui fut expulsé vivant, était bien conformé; c'était une fille, ses organes génitaux étaient normaux, son anus était distinct et séparé complétement du pédicule; le sacrum lui-même était intact. Ayant incisé une des petites tumeurs situées à l'opposé du pied, j'y trouvai de la matière cérébrale parfaitement reconnaissable sans traces de parties osseuses à la surface; d'autres tumeurs également incisées offraient dans leur intérieur de la matière graisseuse en voie de décomposition. Point de trace de la colonne vertébrale et des autres membres; car il s'agissait bien ici d'un fœtus mort dans le sein de la mère à une époque peu avancée de la grossesse et en voie complète de décomposition ou de régression; deux anses intestinales furent aussi trouvées au centre de la tumeur incisée, elles se confondaient par leurs extrémités avec la matière dégénérée et n'avaient que quelques centimètres de longueur.

La décomposition putride qu'a subie rapidement cette pièce n'a pas permis à M. Kelsch, professeur d'histologie, d'en faire l'examen avec le microscope.

Ce monstre appartenait sans aucun doute à la famille des eüsomphaliens, genre pygopage. Celui des deux êtres qui a survécu à l'autre était, comme je l'ai dit, parfaitement conformé, sauf vers la région fessière, et, chose remarquable, il ne paraissait pas avoir souffert dans son développement de la présence de l'autre fœtus qui était mort depuis plusieurs mois. La peau de la région lombaire se réfléchissait de l'un sur l'autre individu, au bord supérieur du sacrum et en bas au-dessus de l'anus. La peau qui avait conservé ses caractères normaux, dans toute l'étendue du pédicule présentait un amincissement notable et une consistance gélatiniforme sur toute la tumeur, qu'elle recouvrait entièrement. Tout fait présumer que le fœtus qui vivait au moment de son expulsion aurait continué à se développer d'une manière normale, si les accidents multiplés, survenus chez la mère par suite de l'anomalie que

présentait l'œuf, n'avaient précipité le dénouement en produisant l'accouchement prématuré.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Essai pratique et appréciation du forceps du Dr TARNIER, par M. WASSEIGE. — Rapport de M. POLAILLON. — Ce travail a été écrit à un moment où l'opinion des accoucheurs se passionnait pour ou contre le nouvel instrument : les uns ne tarissant pas d'éloges sur l'excellence de ses qualités, les autres ne voulant lui accorder aucun mérite, aucun avenir dans la pratique.

M. Wasseige se range parmi ces derniers. « Aucune des modifications proposées, dit-il, n'est absolument nécessaire, toutes compliquent un instrument admirable par sa simplicité et la facilité de son application. Il faut donc renoncer pratiquement au forceps du professeur Tarnier, malgré les avantages qu'il paraissait présenter. »

M. Wasseige fonde son appréciation sur six observations que nous allons examiner.

Dans la *première observation*, il s'agit d'un accouchement gémellaire chez une femme rachitique avec bassin rétréci. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesurait que 7 centimètres. Le premier enfant se présentait par le sommet. On applique le forceps Tarnier dans le sens du diamètre transverse du bassin. On exerce des tractions en ayant soin de maintenir toujours les branches de traction à 1 centimètre environ des branches de préhension. La tête descend assez facilement en exécutant un mouvement de rotation et de déflexion à la suite desquels l'occiput revient en avant et se renverse petit à petit vers les pubis. Au moment où la tête se dégage de la vulve, celle-ci est assez tendue pour qu'on puisse craindre une déchirure : aussi on pratique deux petites incisions latérales. L'accouchement est terminé sans encombre par l'extraction du deuxième enfant qui se présente par le siége.

Deuxième observation. Femme de 22 ans, à terme, avec un bassin rachitique qui mesure d'avant en arrière 8 centimètres. Présentation du sommet en première position, variété transversale. En présence

de l'insuffisance des contractions et du rétrécissement du bassin, on applique le forceps Tarnier dans le sens du diamètre transverse du bassin. Après l'articulation, on commence des tractions dans la direction des manches de préhension. On doit bientôt les faire énergiquement pour faire franchir à la tête le rétrécissement. Ce n'est qu'après des efforts notables que la tête descend dans l'excavation pelvienne; arrivée là, elle est arrêtée de nouveau ; on a beau tirer, elle semble clouée en place ; c'est que la tête reste en position transversale et n'exécute pas son mouvement de rotation. Nous devons rapprocher le manche de traction des branches de préhension et exercer un mouvement de rotation d'un quart de cercle, pour ramener l'occiput en avant, puis nous opérons le dégagement de la tête en exécutant le mouvement de déflexion. Le périnée est intact. L'enfant venu au monde en état de mort apparente est rappelé à la vie par les moyens appropriés. Les suites de couches furent compliquées de fièvre, de lochies fétides, de ballonnement du ventre et de *phlegmatia alba dolens*. Néanmoins la femme guérit.

Dans la *troisième observation*, il s'agit encore d'une femme avec un rétrécissement rachitique du bassin, dont le diamètre antéro-postérieur mesure 7 centimètres 1/2. A sept mois et demi, M. Wasseige pratique l'accouchement prématuré. Comme la tête est arrêtée au-dessus du rétrécissement, il applique le forceps Tarnier. Cette application ne présente rien d'anormal, si ce n'est que les manches des branches de préhension sont pour ainsi dire enfoncées dans le périnée et cependant, malgré cela, les cuillers n'embrassent pas bien la tête. Craignant que l'instrument ne lâche prise, M. Wasseige retire le forceps Tarnier et termine l'accouchement avec le forceps ordinaire.

Quatrième observation. Femme rachitique à terme avec un bassin mesurant 7 centimètres 1/2 d'avant en arrière. Présentation du sommet en variété transversale. Comme l'enfant est vivant, M. Wasseige tente une application de forceps sans grand espoir d'aboutir, parce que la tête présente d'assez fortes dimensions. Le forceps Tarnier est appliqué sans grande difficulté. Mais de fortes tractions, répétées à plusieurs reprises, ne parviennent pas à engager la tête. On retire l'instrument et on termine l'accouchement par la céphalotripsie.

La *cinquième observation* a encore pour sujet une femme dont le bassin est vicié (9 centimètres d'avant en arrière). Cette femme avait subi en ville plusieurs applications de forceps, lorsqu'elle fut envoyée à la clinique de M. Wasseige. Les contractions utérines étaient peu

nombreuses, mais fort douloureuses. La vulve était fortement œdématiée. Le fœtus se présentait par le sommet et avait cessé de vivre. M. Wasseige applique le forceps Tarnier. Son articulation est située profondément; malgré cela les cuillers n'embrassent pas bien la tête. Dans la conviction que l'instrument glissera, on le retire pour appliquer le forceps. Mais celui-ci ne réussit pas à extraire la tête. On emploie alors le forceps-scie, mais la scie à chaîne se casse et il faut retirer l'instrument pour recourir à la céphalotripsie. La patiente succombe à une métro-péritonite au bout de six jours.

Dans la *sixième observation*, il s'agit toujours d'une femme avec un bassin rétréci. Le fœtus se présente par le sommet en deuxième position, variété postérieure. Application du forceps Tarnier dans la direction du diamètre oblique gauche du bassin, alors que la tête appuie sur le détroit supérieur. La tête étant bien saisie, on dispose le manche tracteur sur lequel on exerce, suivant les règles posées par M. Tarnier, des tractions soutenues et assez énergiques. Sous leur influence, la tête finit par franchir le détroit supérieur et par arriver dans le bas de l'excavation. On continue à exercer les tractions, mais la tête reste immobile. On reconnaît bientôt que l'accouchement ne peut se terminer sans un mouvement de rotation. Aussi réunissant le manche de traction aux manches de préhension, M. Wasseige exerce un mouvement de rotation de la droite vers la gauche, puis tire dans l'axe de la vulve et dégage la tête par un mouvement de déflexion.

Il était nécessaire, Messieurs, de résumer les observations de M. Wasseige pour bien vous faire connaître les conditions dans lesquelles notre confrère s'est placé pour établir son jugement.

J'avoue que je trouve étrange qu'il n'ait choisi comme sujets de ses observations que des femmes présentant des bassins rétrécis et irréguliers, c'est-à-dire des cas *dans lesquels toute espèce de forceps échoue ou peut échouer*. A ce point de vue, la quatrième et la cinquième observation sont sans valeur contre le forceps Tarnier, puisqu'il a fallu recourir à la céphalotripsie.

A l'objection formulée à propos des troisième et cinquième observations que le forceps Tarnier n'est pas assez long pour saisir la tête au-dessus du détroit supérieur, je répondrai par toutes les autres observations dans lesquelles le même opérateur a pu, avec le même instrument et dans des conditions identiques, appliquer exactement les cuillers sur les côtés de la tête. D'ailleurs, si M. Wasseige s'est servi d'un instrument modifié dont les branches ont été maladroite-

ment raccourcies de 4 centimètres, comme il le dit lui-même, il ne peut s'en prévaloir contre le forceps de M. Tarnier, qui ne présente pas cet inconvénient.

Enfin, si, dans la seconde et sixième observation, le tête s'est arrêtée sur le plancher du bassin et n'a pu être dégagée qu'après un mouvement de rotation artificielle, n'est-on pas en droit d'attribuer ce défaut de la rotation naturelle non à l'instrument, mais à l'irrégularité des bassins sur lesquels on opérait? Du reste, le nouveau forceps n'a-t-il pas réussi, aussi bien qu'on aurait pu le faire avec l'ancien forceps, à produire artificiellement ce mouvement de rotation?

M. Wasseige reconnaît que la première observation est très-favorable au forceps Tarnier. « L'application, dit-il, a été facile, la prise de la tête excellente et l'extraction simple. La tête a subi, sous la seule influence d'une traction dans le sens des manches de préhension, son mouvement de descente, de rotation et d'extension. C'est bien là le but désiré, et si toutes les autres applications donnaient le même résultat, l'instrument serait parfait. » Il faut remarquer que dans cette observation, bien qu'on eût affaire à un bassin rétréci, la tête du fœtus était peu volumineuse (diamètre bi-pariétal 7 centimètres, occipito-frontal 10 centimètres et demi, sous-occipitaux-bregmatiques 9 centimètres); c'est précisément à l'heureuse proportionnalité qui existait entre ce bassin rétréci et cette tête petite qu'est dû le succès de l'opération. Dans des conditions semblables, le forceps Tarnier réussira, et en raison de ses qualités réussira mieux que le forceps ordinaire. Mais il ne faut pas lui demander de résoudre des impossibilités obstétricales. Toutes les fois que les diamètres de la tête seront en disproportion notable avec les dimensions du bassin, il échouera à l'égal des autres forceps. Si l'on essaie son application avant de recourir à des moyens plus graves (comme on doit toujours le faire) et si l'on échoue, on n'est pas en droit de dire que l'instrument est mauvais dans tous les cas; on peut seulement conclure qu'il a été insuffisant dans l'espèce.

Loin de critiquer les principes théoriques d'après lesquels M. Tarnier a construit son instrument, M. Wasseige les considère comme indiscutables; il arrive à cette conclusion que, théoriquement, le forceps Tarnier est supérieur aux autres forceps. Cependant, comme il le repousse au point de vue pratique, nous avons lieu de nous demander quelles sont les causes de cette contradiction.

Nous venons d'exposer l'une de ces causes, nous n'y reviendrons pas, c'est le choix fait par l'auteur de cas difficiles dans lesquels l'application du forceps Tarnier ne lui a pas donné de bons résultats.

Les autres causes résident dans son scepticisme à l'endroit de l'utilité pratique de la seconde courbure du forceps Tarnier pour tirer dans l'axe du bassin, et à l'endroit de l'avantage qu'il y a à exercer les tractions le plus près possible du centre de la tête.

Avec un forceps ordinaire, on peut, dit-il, soutenir l'extrémité des manches avec la main gauche et tirer avec la main droite placée près de l'entablure. Pour cette manœuvre, qui a été depuis longtemps indiquée par le professeur Pajot et qui est mise en usage par tous les accoucheurs expérimentés, on peut, il est vrai, tirer assez exactement dans l'axe du détroit supérieur et ensuite dans l'axe du bassin à mesure que la tête descend. Mais l'effort qu'il faut faire pour exécuter cette manœuvre est considérable, et s'il y a des résistances il est bientôt impossible de les soutenir. On tire alors sur l'extrémité des manches, bien qu'on ne veuille pas le faire. Dans le forceps Tarnier, au contraire, il est impossible, malgré la fatigue, de ne pas tirer d'une manière correcte.

Il n'est pas absolument indispensable de tirer le plus près possible du centre de la tête fœtale. Mais l'excellence de ce principe posé par M. Chassagny n'est plus à démontrer de nos jours. Si les tractions, par l'intermédiaire de ficelles ou de lacs attachés sur les cuillers du forceps, ont des inconvénients, ces inconvénients n'existent plus avec les tiges métalliques du nouveau forceps.

Enfin, Messieurs, on met sans cesse en avant l'admirable simplicité du forceps ordinaire; mais cet argument n'a point de valeur, quand on peut faire mieux avec un instrument un peu plus compliqué.

Les accoucheurs rompus à l'usage de l'ancien forceps adopteront difficilement le nouveau, parce que leur habileté supplée à ses défectuosités. Mais je ne crains pas de me tromper en disant que les avantages du forceps Tarnier lui assureront la préférence par ceux qui nous suivront.

Discussion sur le rapport de M. Polaillon.

M. Tarnier. En prenant la parole, je tiens à remercier M. Polaillon des idées qu'il a énoncées sur mon forceps. J'ai l'honneur de con-

naître M. Wasseige, et j'ai la plus plus grande estime pour sa personne et pour ses travaux. J'aurais donc été très-heureux d'être approuvé par lui. Mais il n'en est pas ainsi, et je me trouve conduit à rechercher les motifs de son appréciation défavorable. M. Wasseige a réuni six observations de bassins rétrécis et voici comment on doit les grouper :

Dans la première observation, l'application du forceps est facile; l'instrument rend ce qu'il promettait, tout marche très-bien, c'est un parfait instrument, au dire de M. Wasseige. Examinons les cinq autres observations.

Dans la seconde et la sixième, le forceps est appliqué au détroit supérieur ; on amène facilement la tête dans l'excavation ; c'est déjà un succès. On exerce de nouvelles tractions, mais la tête résiste, parce qu'elle n'a pas accompli spontanément son mouvement de rotation. On exerce alors les tractions en faisant tourner artificiellement la tête avec mon forceps et tout se termine heureusement.

Dans ces deux observations, mon forceps a eu comme avantage d'amener facilement la tête dans l'excavation, puis il a agi comme le forceps ordinaire ; la tête n'est pas venue, mais elle était très-volumineuse ; il y avait disproportion entre ce volume et le passage, et il a fallu broyer la tête. Ce fait ne prouve donc rien, ni pour ni contre mon forceps.

Enfin, dans le troisième et le cinquième fait, le bassin est également très-rétréci. On applique l'instrument sans succès. Pourquoi ? Parce que les tiges de traction sont trop courtes et se cachent dans la vulve. Ce sont là les deux seules observations qui paraissent défavorables à mon forceps. Je vais donc les discuter.

J'ai appliqué environ soixante fois cet instrument, quelquefois en ville, le plus souvent à la Maternité. Je n'ai jamais eu d'échecs. J'ai eu, entre autres cas difficiles, une femme primipare à bassin rétréci, obèse; ses parties génitales sont très-chargées de graisse et avaient ce volume que vous connaissez bien. Dans ce cas essentiellement défavorable, l'instrument s'est bien placé, il a été très-suffisant comme longueur.

Comment donc expliquer les échecs de M. Wasseige? Je puis le dire avec lui : il s'est servi d'un forceps trop court, plus court de 4 centimètres que le modèle dont je me sers. Et en effet, depuis que j'ai imaginé dans mon forceps, j'ai fait fabriquer par M. Collin plus

de trente modèles divers ; les uns sont bons, d'autres médiocres, il en est de mauvais.

Mais à côté de M. Collin, qui a suivi mes instructions, d'autres fabricants ont créé des forceps souvent très-défectueux auxquels je n'ai jamais songé et qu'ils vendent cependant sous mon nom. M. Wasseige s'est servi de l'un de ces modèles imparfaits ; il s'est servi d'un forceps trop court, qui a été insuffisant deux fois sur six, pour cette unique raison. Je ne suis pas, du reste, très-heureux avec les accoucheurs belges. M. Hubert, de Louvain, m'a fait l'honneur de décrire mon forceps ; mais il a surtout pris soin de reproduire toutes les critiques qui en avaient été faites ; il en a même publié des dessins auxquels je suis absolument étranger. Ceci m'oblige à vous donner les caractères de mon instrument, à l'aide desquels on reconnaît le forceps Tarnier.

1° Longueur totale de l'instrument, 42 centimètres ;

2° Distance mesurée de l'extrémité des cuillers au pivot, 27 centimètres ;

3° Distance mesurée de l'extrémité des cuillers à l'extrémité des tiges de traction, 27 centimètres ;

4° Ecartement existant entre les extrémités des deux cuillers quand l'instrument est articulé à vide, 2 centimètres ;

5° Poignée transversale s'articulant avec les tiges de traction à l'aide d'un verrou ;

6° Manches des branches de préhension recouverts de plaques de corne.

En terminant, je dirai que toutes les fois qu'on publiera des faits défavorables obtenus à l'aide d'un instrument ne remplissant pas les conditions précédentes, je renierai la paternité de ce forceps. (*Séance du* 28 *avril* 1879. *Bull. de la Soc. de chirur.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Des caractères post mortem fournis par l'utérus au point de vue de la constatation de grossesses antérieures. — Communication de M. Lutaud.

Il y a bientôt trois ans qu'un procès criminel très-important, qui

s'est déroulé en Angleterre, est venu appeler l'attention sur les caractères médico-légaux qui pouvaient être fournis par l'utérus au point de vue de la constatation post mortem des grossesses antérieures.

Cette constatation, qui ne semble pas, au premier abord, présenter de sérieuses difficultés et dont l'importance peut devenir considérable, a récemment donné lieu à la Société de médecine légale à une discussion qui nous paraît de nature à intéresser nos lecteurs.

Il s'agissait, dans l'affaire de White-Chapel, d'établir l'identité d'un cadavre de femme trouvé dans un état avancé de putréfaction et qui avait été grossièrement mutilé par l'assassin quelques jours avant la découverte du *corpus delicti*. La femme dont on avait constaté la disparition, et dont on cherchait à établir l'identité avec les restes informes trouvés dans la maison de White-Chapel, avait eu deux enfants; son utérus devait présenter les caractères de la multiparité. Telle était l'opinion des juges qui désignèrent des experts afin d'être éclairés sur ce point.

Les experts ayant émis des opinions contradictoires, la question fut apportée devant la Société obstétricale de Londres où elle a donné lieu à une discussion assez animée. Quelques gynécologistes attirèrent l'attention sur le plus ou moins de convexité des parois de l'utérus. D'après M. Meadows, l'utérus nullipare présente sur sa face interne et supérieure une convexité plus ou moins marquée qui disparaît après un ou plusieurs accouchements. M. John Williams a signalé l'état des sinus utérins du côté placentaire; pendant la grossesse ceux-ci se remplissent de caillots qui deviennent organisés et peuvent encore être observés six mois après l'accouchement. En second lieu cet auteur insiste sur l'état des vaisseaux dans les parois de l'utérus; ces vaisseaux se présentent sous la forme de petits tubes visibles à l'œil nu; leur tunique est épaissie, jaunâtre, et l'ensemble des tissus de l'utérus est plus ou moins déchiqueté. Cet état persiste pendant un temps assez long et, dans un cas exceptionnel, le docteur Williams a pu l'observer quinze mois après le dernier accouchement.

En somme les débats de la Société obstétricale de Londres n'avaient pas jeté une lumière suffisante sur les caractères médico-légaux de la multiparité. M. le Dr Lutaud a pensé que la question méritait une étude plus approfondie, et c'est pour cette raison qu'il l'a soumise à la Société de médecine légale.

Parmi les travaux qui paraissent de nature à éclairer la question, nous devrons citer au premier rang le travail remarquable de M. le

professeur Guyon (Étude anatomique sur l'utérus, Paris, 1859), qui n'était certainement pas connu des experts anglais appelés à donner leur opinion dans l'affaire de White-Chapel. Le savant professeur s'est spécialement occupé dans ce travail de l'utérus à l'état de vacuité, et il nous fournit des données d'une importance considérable au point de vue médico-légal.

Les dimensions de la cavité utérine présentent des différences notables chez un utérus suivant qu'il est nullipare ou multipare. Chez la femme nullipare l'étendue verticale de la cavité de l'utérus mesure en moyenne 50 millimètres. Le diamètre vertical se partage chez les nullipares en deux portions inégales, dont la plus longue l'emporte de 3 millimètres et appartient au col.

Chez les femmes vierges ces dimensions varient de quelques millimètres, mais il est permis, en médecine légale, de négliger ces différences qui sont, du reste, peu appréciables.

Le diamètre transverse présente les dimensions suivantes chez les nullipares : diamètre supérieur ou intertubaire, 20 millimètres : diamètre de l'orifice interne, 10 millimètres.

Chez les femmes multipares, la cavité du corps est nettement triangulaire ; les lignes qui la circonscrivent sont courbes et leur convexité dirigée en dedans. Cette disposition ne ressort pas nettement de l'inspection de l'utérus fendu et étalé, mais elle devient évidente lorsqu'on prend des empreintes de l'organe comme l'a fait M. Guyon, qui a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches. Cette description s'éloigne donc totalement de ce qui a été écrit et enseigné par les auteurs. Paul Dubois disait, en effet, que la cavité du corps, au lieu de représenter un triangle à bords curvilignes dont la convexité est dirigée en dedans, représente une surface ovalaire à bords concaves.

La convexité du bord supérieur est beaucoup moins accusée, et, si l'on examine les bords latéraux, on s'assure bientôt qu'au lieu de suivre, comme chez la femme nullipare, la ligne oblique qui limite la corne utérine et vient former, avec la ligne limitante de la seconde section de la cavité du corps, un angle obtus ouvert en dehors, la ligne qu'ils parcourent descend directement jusqu'à l'orifice interne, si bien qu'au lieu d'un sinus obtus ouvert en dehors, à peine existe-t-il une très-légère concavité.

Mais ces mensurations et ces caractères, quoique résultant d'observations précises et nombreuses, sont toujours sujets à des variations

qui leur enlèvent une grande partie de leur valeur médico-légale. D'après M. Guyon, le trait caractéristique de l'utérus multipare est l'élargissement des cornes de l'utérus aux dépens de la cavité intermédiaire et l'accroissement du segment supérieur du corps. Cet élargissement des cornes a été constaté sur tous les utérus multipares examinés par M. Guyon, et il nous paraît être le seul signe destiné à acquérir, en médecine légale, une certaine importance. Il n'est pas question dans le travail de M. Lutaud des signes fournis par l'aspect extérieur du col. Ces signes ont, du reste, été bien étudiés, et leur importance médico-légale est suffisamment connue.

M. Devilliers remarque que les caractères fournis par le corps n'ont pas une importance aussi considérable que ceux fournis par le col. C'est surtout sur la convexité des parois de l'organe et sur le volume qu'on peut juger de la nulliparité ou de la multiparité.

M. Leblond rapporte un fait qui prouve que le col ne fournit pas toujours une preuve suffisante en faveur d'un accouchement antérieur. Il a observé récemment, à Saint-Lazare, une femme qui présentait sur le col des cicatrices syphilitiques qui auraient certainement pu être prises pour des indices d'un accouchement.

M. Gallard dit que ces questions sont excessivement délicates et qu'on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour les résoudre. Comme l'a dit M. Leblond, il arrive assez souvent qu'on trouve sur le col des déchirures ou d'autres signes qui peuvent faire croire à un accouchement antérieur qui, en réalité, n'a pas eu lieu.

Il arrive également assez souvent que, par suite d'affections inflammatoires, la métrite chronique par exemple, le col s'élargit et s'évase au point de ressembler à un col multipare ; mais cet état ne persiste pas toujours et donne le plus souvent lieu à une rétraction ultérieure. Pour se prononcer sur ce point, M. Gallard accorde une plus grande importance aux signes fournis par la vulve qu'à ceux fournis par le col ; les déchirures de la fourchette et des lèvres sont également des indices plus sûrs.

Il est vrai que le passage d'une tumeur, les opérations, les violences sont de nature à induire en erreur, mais il faut, dans ces cas, utiliser les renseignements fournis par l'interrogatoire et l'enquête.

Quant à la question posée par M. Lutaud, c'est-à-dire à savoir si l'on peut après la mort reconnaître la nulliparité ou la multiparité de l'utérus, elle est plus difficile. Mais M. Gallard pense que les caractères fournis par le volume et la forme de l'utérus ont une grande

valeur. L'utérus nullipare conserve sa forme triangulaire, il est petit; lorsqu'il y a des grossesses antérieures il est dilaté, les angles ont perdu de leur acuité, les parois sont affaissées.

Il reste cependant les cas dans lesquels l'utérus a été distendu par des tumeurs solides ou liquides.

M. Devilliers termine la discussion en appelant l'attention sur les caractères qui permettent de reconnaître le col nullipare du col multipare. Ces caractères sont assez tranchés pour qu'il soit relativement facile d'établir une distinction.

M. Devilliers dit qu'il a rarement rencontré à la suite de la métrite chronique la rétraction du col dont parle M. Gallard.

Il pense que la question est assez intéressante pour être reprise et il invite MM. les membres qui en auraient l'opportunité à faire quelques recherches sur ce sujet et à vouloir bien les communiquer à la Société. *(Séance de juin 1879.)*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Quelques considérations sur les déviations menstruelles, par le Dr Jules Rouvier (de Marseille). In-8. Paris, F. Savy, éditeur.

Ce petit opuscule, fruit de plusieurs années de recherches, et basé comme nous le dit l'auteur sur l'étude de 118 observations personnelles ou recueillies dans les ouvrages classiques ou journaux français et étrangers, présente un grand intérêt par les idées qui y sont développées.

Nous allons en donner une courte analyse.

Après avoir énuméré et combattu dans un aperçu historique les différentes opinions soutenues sur les ménoxénies, M. Rouvier, s'appuyant sur l'axiome *ubi morbus, ubi fluxus*, etc., défend successivement chacun des points de sa doctrine : doctrine résumée d'ailleurs à la fin de son travail sous forme de conclusions.

En même temps, M. Rouvier nous donne une classification originale des déviations menstruelles que l'on pourrait représenter dans le tableau suivant :

Déviations menstruelles.

Par des organes sains en apparences.	*Par des organes manifestement malades.*
Organes placés sous l'influence diathésique du tubercule et du cancer, mais alors que la diathèse ne s'est manifestée par aucun symptôme.	Organes indépendants de toute influence diathésique. La déviation a pour cause : des troubles du système nerveux ; une atrésie des organes génitaux; un travail physiologique de l'organe siége de la déviation ; une maladie plus ou moins importante de l'organe siége de la déviation. Maladie guérie depuis peu.

Comme on le voit, M. Rouvier s'est presque exclusivement occupé de rechercher la cause des déviations dans un organe sain. L'auteur n'a avancé aucune opinion sans apporter quelques observations à son appui.

Nous nous bornerons à faire remarquer le passage où l'auteur conseille de redouter l'influence diathésique du tubercule ou du cancer suivant l'âge et quand une déviation se produit par un organe sans qu'on puisse la faire rentrer dans une des classes énoncées ci-dessus.

L'importance de cette idée saute aux yeux aussi ne la développerons nous pas.

Nous nous abstiendrons de porter un jugement sur cet intéressant mémoire nous laissons cette tâche à nos lecteurs, tâche bien douce après le court aperçu que nous en avons donné.

REVUE DES JOURNAUX.

Indications de l'hystéro-trachélorrhaphie. — Sous ce titre, le Dr P.-F. Mundé recommande chaudement une opération faite pour la première fois par Emmet le 27 novembre 1862, et publiée en 1869 dans l'*Amer. Journ. of Obst.* du même mois.

Après un historique complet de cette question, dans lequel il regrette que la plupart des traités, même les plus récents de gynécologie aient passé sous silence cette opération, tandis que d'autres,

comme Thomas, regardent les déchirures peu profondes du col comme des bagatelles (*trivial particulars*), il énonce lui-même ses idées en ces termes : « Mon expérience me permet d'affirmer positivement qu'il « est de cas nombreux de lacération et d'éversion cervicale d'un degré « peu accusé dans lesquels l'opération plastique est le traitement le « moins dangereux, le plus sûr et le plus rapide. Voici ces cas :

1° Des déchirures légères, qui ne donnent lieu à aucun trouble, mais dans lesquelles, sous l'influence du frottement du col contre la paroi vaginale postérieure, l'ectropion simple devient un ulcère à sécrétion profuse, qui s'étend graduellement dans le canal cervical et produit le bouchon muco-purulent et tenace qu'on voit si souvent sortir d'un col fissuré. Les caustiques puissants, surtout le crayon de nitrate, l'acide chromique et l'acide nitrique, peut-être au début les astringents légers, comme le tannin et l'iodoforme, pourront à la longue *lisser* la surface ulcérée et guérir l'endo-trachélite ; mais comme le Dr Barker l'admet lui-même, la guérison ne durera pas, et fréquemment, le Dr Chadwick l'avoue, le traitement durera des mois. Dans ces cas, l'excision de la muqueuse malade, si elle est fort hypertrophiée, ou l'application de la curette pourront être utile avant de fermer la déchirure, mais habituellement l'ablation de la surface ulcérée est suffisante, et l'endo-trachélite préexistante ne demande presque pas de traitement.

2° De légères déchirures, peut-être non ulcérées, et ne produisant par elles-mêmes aucun trouble local, mais agissant comme une cause permanente qui entretient la subinvolution et l'hyperplasie contre lesquelles nous reconnaissons notre impuissance.

Puisqu'il faut un stimulant à la circulation, l'irritation et la perte de sang produites par l'opération, le séjour des sutures pendant une ou deux semaines, ne sont-ils pas des agents plus effectifs, et aussi doux au moins que le fer rouge, dont l'effet est de placer une cicatrice là où l'opération met une muqueuse normale ?

Dans ces cas, les plus fréquents que l'on rencontre, l'opération se substitue utilement à l'amputation du col, proposée pour la métrite chronique, l'hyperplasie aréolaire par Mayer, Simon, Sims, Spiegelberg, Hegar. C. Braun et d'autres. Thomas (*diseases of. Women* 1874, p. 307) a reconnu qu'il n'est pas nécessaire d'enlever tout le col avec un large lambeau, pour amener cette involution ; quand il dit : lorsqu'on « enlève la couche superficielle d'un organe hypertrophié, on ob- « serve une tendance accentuée à la diminution du volume dans la

« partie qui demeure. Il n'est pas nécessaire d'enlever une grande « quantité de tissus. » A Martin, de Berlin (*Comptes rendus de la Soc.* « *Gyn., All.*, 12 et 13 septembre 1878), dit qu'il a fait 72 amputations du col, et il a toujours vu l'hyperplasie utérine, diminuer, et l'organe perdre 2 à 3 centimètres, en outre des 2 à 4 centimètres enlevés. L'opération, de peu d'importance suivant lui, n'a souvent duré que 10 à 12 minutes. Un des avantages de cette opération est l'ablation de la muqueuse cervicale qui est ordinairement malade; la trachélorrhaphie arrive au même résultat. Sept seulement des opérées de Martin ont souffert d'une inflammation subséquente. Dans la discussion qui a suivi la lecture de Martin, Kehrer, Shröder et Olshausen ont déclaré avoir reconnu, comme Martin, que l''excision d'une partie du col est de beaucoup préférable à la cautérisation, pour stimuler l'involution utérine, ils ont décrit les opérations qu'ils font dans ce but. Kugelmann, de Hanovre, objectant que ces cas sont curables, avec du temps et de la patience, par des moyens moins radicaux, Shröder a répliqué qu'il faut aussi tenir compte de la patience et du temps de la malade, et qu'il est « certainement mieux d'obtenir en « une quinzaine un résultat certain par une opération non dange-« reuse, qu'un résultat incertain par des mois d'un autre traitement. »

Ces opinions sont bien celles de Mundé, qui a lu son mémoire à quelques amis en juin 1878, trois mois avant la réunion de la Société allemande de Gynécologie. Pour être certain d'obtenir une stimulation involutive suffisante, il faut, ajoute Mundé, enlever des lambeaux plus larges et faire des incisions plus profondes, pénétrant dans le tissu utérin propre, que dans les cas ordinaires où l'utérus et le col sont peu hyperplasiés. Le volume du col, à lui seul, demande une large dénudation, peut-être même l'excision de l'une des lèvres. Martin fait toujours glisser la muqueuse sur le moignon, la fixe par des sutures, et rapproche les lèvres.

3° Les cas d'ectropion hyperplastique ou cystique d'une lèvre est remplacée par une surface dénudée, ulcérée, ayant souvent un diamètre de 26 millimètres : enlever ce lambeau inutile et exubérant aviver légèrement les bords du col élargi, et refaire l'orifice normal est certainement un moyen plus élégant et plus simple que d'employer le cautère où les scarifications réitérées.

4° Les cas de lacération de la muqueuse endocervicale, dans lesquels les bords du col sont peu lésés, quoique l'orifice soit large au point de permettre l'introduction de l'extrémité du doigt, et que les

bords soient renversés et érodés (V. Barnes, fig. 117) (1). L'orifice béant est souvent rempli par un bouchon muco-purulent, tenace, produit par l'endotrachélite, et la malade présente les symptômes habituels de cette maladie. Là encore les caustiques puissants ne suffisent pas, où bien il faut répéter à satiété leur application. Quoi de mieux dans ces conditions que de fendre le col bilatéralement, de l'aviver et de le suturer comme dans une déchirure ordinaire ? Mundé a fait son opération l'hiver dernier, sur une femme dont le col avait infructueusement subi plusieurs cautérisations à l'acide nitrique. Mais, ayant omis de diviser le col des deux côtés, il n'a pu obtenir une réunion parfaite ; des applications d'acide nitrique ont amené bientôt une diminution suffisante. Dans ces cas, le Dr Mann propose d'introduire un long bistouri-ténotome dans le bord du col, de le pousser jusqu'au fond de la déchirure cervicale, puis de le ramener en coupant jusqu'à l'autre bord ; il fait de même de l'autre côté ; il obtient ainsi deux lambeaux en forme de croissant, et réunit les bords opposés avec des fils.

5° Nous connaissons tous la difficulté qu'on a pour guérir avec les caustiques de larges érosions folliculaires et granulaires du col. Pourquoi donc, dit Mundé, ne pas hâter la guérison, en enlevant la muqueuse malade, et en réunissant les bords sains par des fils, comme le fait l'opération d'Emmet ? On gagne ainsi beaucoup de temps.

Dans un cas d'hyperplasie kystique simulant un épithélioma, Mundé voulait enlever totalement le tissu dégénéré, et former ainsi deux surfaces latérales avivées, et les réunir par le procédé ordinaire ; mais la malade refusa l'opération, et Mundé la perdit de vue.

Breisky, de Prague, a donné récemment une autre raison (*Wiener méd. Clin. Runschau* août 1877) pour laquelle un ectropion d'ailleurs insignifiant ne doit pas être laissé sans traitement, c'est qu'il a observé et opéré quatre cas de lacération cervicale dans lesquels une des lèvres renversées avait subi la dégénérescence cancéreuse, sous l'influence de l'irritation subie par la muqueuse dénudée. Veit (*Section gyn. du Congrès médical allemand* de 1877) a confirmé cette observation ; sur 9 cas de carcinome cervical, il en a trouvé 3 dans lesquels le mal avait son origine dans les éléments glandulaires hyper-

(1) Toutes les citations de Barnes que fait Mundé sont sans doute tirées de l'édition américaine, car je n'ai pu les controler dans l'édition anglaise que je possède (A. C.).

trophiés. Sans doute la plupart des déchirures cervicales récentes se guérissent par les soins de propreté et par la position horizontale ; bon nombre de cas céderont au traitement de Barker et de Jacobi ; mais pourquoi soumettre nos malades à un traitement qui les condamne à rester couchées pendant des semaines et des mois, en égayant de temps en temps la monotonie de nos soins par l'application du cautère actuel, lorsque nous pouvons obtenir le même résultat, la réunion de la plaie, le retour du col à son volume normal, et la réduction du volume du corps utérin, en moins de deux semaines de lit, par une opération absolument sans danger, simple, et à peine douloureuse ? Si l'utérus est bas, si l'involution est tardive, l'application quotidienne de tampons de tannin et des injections chaudes accélérerait la guérison complète, mais ce complément de traitement ne gênera point la malade, puisqu'elle peut le faire seule. L'opération est si peu douloureuse que Mundé l'a faite trois fois sans l'éthérisation, et que les opérées lui ont dit ensuite qu'elles préféreraient de beaucoup la douleur que cause le passage des sutures, seul temps vraiment douloureux, aux nausées qui suivent l'éthérisation.

Les statistiques prouvent que l'opération n'est pas dangereuse ; à l'hôpital des femmes de New York, sur 84 opérations, il y eut une seule mort causée, par une péritonite; et, sur près de 200 opérations (*Amer. Journ. of Obst*, vol. VII, p. 449), faites par lui. Emmet n'a eu qu'une pelvi-cellulite, due, à ce qu'il croit, à une tendance inflammatoire dans l'hôpital. Cette opération est, malgré cet accident, un succès. En résumé 2/5 sur 100 de mort et autant d'inflammation sur un total de plus de 250 cas !

L'opération il est vrai, échoue quelquefois 10 fois sur 84 cas cités. Mais l'insuccès est dû principalement à un défaut de traitement préparatoire, à un avivement imparfait, à une adaptation incomplète des surfaces avivées et à des influences dont le chirurgien n'est pas maître. Habituellement, une seconde opération est couronnée de succès.

Le D[r] Skene, président de la Société obstétricale de New York, a exprimé dans la séance du 20 novembre 1877, l'opinion que bon nombre d'anomalies du col devaient être tributaires de l'opération recommandée par Mundé. Quoiqu'il ne se soit pas exprimé explicitement, Mundé croit que Skene voulait parler de cas semblables à ceux qu'il vient de mentionner comme indiquant l'opération.

Mundé a fait deux fois, l'année dernière, cette opération pour des

lacérations peu étendues; dans les deux cas l'indication n'était pas dans la largeur de la lésion, mais dans l'irritation amenée dans l'utérus hyperplasié par le frottement des surfaces renversées, et dans l'influence favorable qu'on pouvait espérer de la diminution de l'hyperplasie. Le Dr Thomas appelé en consultation a confirmé l'opportunité des indications.

Dans le premier cas, la malade souffrait d'hyperplasie et de leucorrhée endo-trachélique depuis la naissance de son unique enfant, âgé de vingt ans. Utérus antéfléchi très-gros, sonde, pénétrant à 78 millimètres, bouchon épais, glaireux, muco-purulent, sortant du col béant, lacération et éversion d'un degré moyen, ovaire gauche gros et sensible, utérus bas. La malade avait porté des pessaires; le dernier placé, celui de Hitchcock, l'avait un peu soulagée, sans lui enlever les douleurs et les tiraillements pelviens pour lesquels elle consultait. Après deux mois d'un traitement qui ne produisit qu'une amélioration momentanée, Mundé aviva et réunit les bords du col, fort hypertrophié, le 18 avril 1877. La réunion se fit parfaitement, et donna un col presque virginal. Un mois après, l'utérus était réduit de 5 millimètres en longueur, les douleurs pelviennes et ovariques avaient disparu, et la malade, porteuse d'un pessaire à antéversion en étain, couvert de caoutchouc mou, passa tout l'été dans les Adirondacks, marchant et allant à cheval, en parfaite santé.

Le second cas est celui d'une dame de 32 ans, mère d'un enfant de 4 ans et demi, qui avait eu plusieurs avortements, et qui souffrait depuis plus de trois ans de pertes presque habituelles de fragments quelquefois même de larges membranes, pendant ses règles, avec de grandes douleurs, accompagnées de prostration. Utérus très-gros, rétroversion du deuxième degré, cavité 78 millimètres; museau de tanche (1) assez profondément déchiré, pertes constantes, glaireuses, sans couleur. Après quelques mois de traitement ainsi établi : une application intra-utérine d'acide nitrique; une application d'iode et de phénol iodé par semaine, précédée de la dilatation par les éponges pendant deux mois, et galvanisation intra-utérine pendant trois mois, la malade était fort améliorée, et les membranes n'avaient plus paru depuis deux mois. Le catarrhe endo-trachélique continuait cepen-

(1) Désormais, pour être plus bref, j'adopterai le mot latin, accepté par les auteurs anglais : *os*, pour désigner l'orifice utérin externe, le museau de tanche (A. C.).

dant, et entretenait une irritation suffisante pour empêcher la guérison permanente de la dysménorrhée membraneuse que l'engorgement utérin chronique favorisait. Avec l'assentiment du Dr Thomas, Mundé fit, le 12 mai 1877, la trachélorrhaphie. Il obtient une réunion complète. Le traitement consécutif se réduisit presque uniquement à la galvanisation vaginale et intra-utérine, la malade faisant le plus souvent elle-même la faradisation du vagin. Le catarrhe endo-trachélique disparut complètement, l'utérus diminua de volume, de telle sorte que lorsque l'opérée partit pour l'ouest de New-York, au mois d'août suivant, l'utérus avait son volume normal. Pendant ce voyage, la malade, portant un pessaire à rétroversion fait exprès pour elle, put supporter des fatigues et un exercice inconnus, depuis sa maladie. La dysménorrhée membraneuse paraît guérie, et l'opérée depuis un an et demi n'a plus perdu de lambeaux. Mundé ne veut pas attribuer à l'opération plus qu'elle n'a donné ; il est cependant convaincu qu'aucun traitement dirigé seulement contre l'action desquamative de la muqueuse utérine n'aurait amené un effet utile permanent, si l'on avait laissé la source d'irritation, le col béant, quoique peu déchiré, sans restauration.

En résume, Mundé croit avoir démontré, non que toute déchirure du col doit être opérée, car quelques-unes ne donnent lieu à aucun symptôme, d'autres peuvent être guéries par les astringents ; mais qu'un grand nombre exigent la trachélorrhaphie, non pas tant à cause de l'étendue de la lésion, que par les symptômes auxquels elles donnent naissance. Le mémoire de Skene sur le traitement des lacérations du col, dans les comptes-rendus de la Société médicale du comté de Kings, juin 1878, appuie fortement l'opinion de Mundé. Skene recommande chaudement cette opération, et remplace le fil métallique par de la soie. Huit cas sont huit succès. Une opération a été faite dans son cabinet, sans anesthésie, Skene tamponna le vagin et l'opérée revient chez elle en omnibus ; la réunion se fit bien. Une autre fois, la menstruation parut trois jours après l'opération, la malade quitta son lit pour aller dans la chambre voisine, et perdit un gros caillot, cela n'empêcha pas la cicatrisation. Skene ne cherche pas à produire la constipation, et n'indique pas de régime. Mundé ne doute pas qu'on ne puisse bientôt, encouragé par de tels succès, faire cette opération dans les cas peu graves, renvoyer les opérées chez elles en omnibus, et les laisser vaquer à leurs occupations, en évitant les imprudences, et en leur disant de revenir au bout d'une semaine

se faire enlever les fils. Si l'on n'anesthésie pas et si l'on se sert de soie au lieu de fil métallique, l'opération est fort racourcie et simplifiée. On ne sera plus alors obligé de confiner les opérées dans leur lit, et on pourra opérer les femmes les plus pauvres, ce qui fera disparaître les ectropions cervicales de nos cliniques. Cependant Mundé considère le décubitus horizontal pendant la convalescence, comme un des facteurs les plus importants par les résultats définitifs de l'opération, et comme devant être prescrit autant qu'il se peut.

Pour conclure, Mundé donne quelques chiffres : Sur 700 femmes mères, traitées par lui à la consultation de l'hôpital du mont Sinaï dans les deux années dernières, 119 avaient des lacérations du col à l'un des trois degrés qu'il a établis ; 92 avaient une déchirure bilatérale, 24, une déchirure unilatérale (17 à droite, 7 à gauche, l'opposé de ce qu'on observe généralement), 2, une déchirure postérieure et une lacération antérieure. Sur les 119, 20 étaient du premier degré, 45, du second, 54, du troisième, le plus grave. Dans 16 cas seulement, il n'y avait pas d'éversion, et les malades ne présentaient aucun symptôme local ou général attribuable à leur déchirure. Dans 3 cas, la surface renversée était cicatrisée et innocente. L'érosion simple, non compliquée, du col est si rare, en comparaison de l'érosion et de l'ulcération de la muqueuse renversée que, sur les 700 cas cités, Mundé ne l'a vue que 11 fois, Mundé a opéré 16 fois, 12 fois avec un succès complet, 4 fois, la réunion ne s'est pas faite ; 2 fois il a réopéré et complètement réussi. 2 malades sont devenues enceintes peu après l'opération, et ont accouché sans difficulté et sans rechute.

La proportion des cas réunis par Mundé, (17 pour 100), est plus forte que celle constatée par Hanks (8 4|10 pour 100), au *Demilt Dispensary*, et prouve l'exactitude de l'observation de Barker que cette lésion est beaucoup plus fréquente chez les femmes qui n'ont pas pu avoir des soins intelligents et le repos nécessaire, après leur accouchement. Barker n'a vu dans sa clientèle, que deux cas très-nets. La clientèle du *Demilt Dispensary* est en grande partie constituée par des Irlandaises et des Américaines qui ont l'habitude de se faire accoucher par un médecin, et de garder la position horizontale pendant huit ou neuf jours, autant qu'elles le peuvent ; mais les juives qui forment la majorité des malades de l'hôpital du mont Sinaï, ont rarement un médecin pour leurs couches, et ne restent guère au repos après avoir accouché.

W. Goodell a observé une proportion très-élevée de lacérations du

col, puisqu'il dit, dans son discours à la Société médicale de Pensylvanie, en mai 1878 : « Mon expérience, au dispensaire pour les maladies des femmes à l'Université de Pensylvanie me conduit à croire « que sur 6 femmes, souffrant de quelque trouble utérin, une d'elles « porte une lacération non cicatrisée du col. » Goodell, dans cette dernière année, a opérée 18 fois (*Amer. Journ. of obst.*, janvier 1879.

A. CORDES.

VARIETÉS

Du céphalæmatome. Du meilleur mode d'opération à lui opposer. — Il est généralement admis aujourd'hui que c'est par l'*incision* qu'il faut traiter le *céphalœmatome*, et qu'on agit même prudemment si, une fois la tumeur incisée et vidée, on y introduit, jusque sur la surface osseuse malade, une tente de charpie sèche ou, mieux encore, imbibée d'une solution assez concentrée de perchlorure de fer.

Mais n'abuse-t-on pas de ce moyen radical qui, sans doute, n'expose pas le nouveau-né à un danger bien sérieux, mais, enfin, qui ne laisse pas que de lui causer, à lui, une douleur très-vive (sans compter les pansements consécutifs), et à la famille de très-pénibles émotions?

C'est pénétré de ces deux inconvénients assez majeurs que nous avons songé, dans ces dernières années, à substituer à l'incision une simple ponction de la tumeur avec un trocart très-fin, ponction qui serait suivie d'une légère aspiration pour l'évacuation du sang, et, en dernier lieu, de l'application d'une compresse résolutive quelconque et d'un bandage un peu serré.

Quatre fois déjà nous avons fait cette petite opération avec un succès complet, en nous servant tout bonnement de notre seringue de Pravaz. Dans les trois premiers cas, le céphalœmatome n'avait guère que le volume d'une noix ; mais, dans le dernier, il dépassait certainement la moitié d'un œuf de poule.

Pour les deux premiers, nous n'avons eu besoin de détacher

la petite pompe aspirante de sa canule laissée en place, sa pointe plongeant dans le kyste que trois fois. Quant au quatrième, il n'a pas fallu répéter cette manœuvre moins de cinq fois.

Dans tous, du reste, la guérison n'a été entravée par quoi que ce soit. Après une vingtaine de jours, elle était complète.

Dans un cinquième cas où le céphalœmatome, dès le troisième jour après la naissance, avait plus que le volume d'un gros œuf de dinde, la petite seringue de Pravaz nous paraissant très-insuffisante, il nous vient à l'idée de nous servir de l'instrument de Dieulafoy, et avec lui nous ne retirâmes pas moins de 75 gr. de sang en quelques secondes ; après quoi nous appliquâmes un bandage un peu serré par dessus une compresse imbibée d'eau froide alcoolisée.

Mais moins de quatre heures après l'opération la tumeur a repris, et au-delà, son volume primitif. L'enfant est d'une pâleur extrême, ses yeux sont comme voilés, sa peau est froide et il va rendre le dernier soupir, quand, assisté d'un confrère, le Dr Drouet, médecin en chef de la marine, nous fendons bien vite le kyste dans toute sa longueur (8 cent. au moins), et après l'avoir vidé rapidement de tout le sang encore rutilant qu'il contient (près de 100 gr. encore), nous le bourrons de charpie imbibée d'une solution concentrée de perchlorure de fer. Or, contre toutes prévisions, la guérison a encore lieu, mais seulement après vingt-cinq jours de pansements plus ou moins douloureux et de soins de toute sorte.

Nous n'avons pas agi avec assez de réflexion dans cette circonstance, et nous avons commis évidemment une faute qui devra servir d'enseignement ; nous n'aurions pas dû, après la ponction, faire le vide dans l'aspirateur avant de l'ajuster sur le trocart. Et il est plus que probable que si nous nous étions contenté, après avoir ajusté le corps de pompe à l'aiguille, de faire la succion du liquide *très-lentement*, en tirant par le piston *avec beaucoup de ménagement* au lieu de livrer cette succion, comme nous l'avons fait, à l'action brutale du vide, nous n'aurions pas eu à déplorer le renouvellement si prompt d'une hé-

morrhagie qui a failli tuer l'enfant et qui a rendu indispensable une deuxième opération très-douloureuse pour lui et des plus émotionnantes pour les parents.

Quand donc il y a une si grande différence entre la *ponction capillaire* et l'*incision* qui cause une douleur vive au pauvre petit être, lui fait jeter les hauts cris et met toute la famille en grand émoi, nous nous demandons pourquoi, quelles que soient les dimensions du céphalæmatome, on n'essayerait pas tout d'abord de le traiter par la ponction capillaire, aidée d'une aspiration ménagée, puis d'une compression résolutive, avant d'en venir à l'incision et au pansement à fond.

Du moment que cette pratique nous a si bien réussi, elle réussira à d'autres évidemment ; mais à condition pourtant que, si l'on se sert de la petite seringue de Pravaz, la canule étant d'un très-minime calibre, on n'attende pas pour opérer que le sang à extraire se soit épaissi, ce qui a lieu souvent, dit Valleix, dès le cinquième ou sixième jour après l'apparition de la tumeur et que, si l'on croit devoir recourir à un aspirateur d'une plus grande capacité, on n'ait pas la fâcheuse idée d'établir préalablement le vide dans le corps de pompe avant de l'ajuster au trocart, mais bien celle d'aspirer le liquide à la main, et cela *avec beaucoup de ménagement et le plus lentement possible*.

Il va sans dire du reste que la tumeur, après avoir été ainsi vidée, doit être soumise, jusqu'à ce qu'on n'en trouve plus trace, à l'action simultanée d'un résolutif convenable et d'une compression suffisante.

L'incision resterait donc ainsi la dernière ressource ; et nous croyons positivement que, si l'on traite la céphalæmatomie comme nous venons de l'indiquer, dès le troisième ou quatrième jour au plus tard de son apparition, ou, ce qui revient au même (Valleix), dès que le bourrelet osseux qui circonscrit le foyer sanguin se dessine nettement sous le doigt, il arrivera rarement qu'on échoue, et, par suite, qu'on ait besoin de recourir à l'ouverture large de la tumeur et à son tamponnement.

Dr V. PÉNARD.

Nomination. — Nous sommes heureux d'annoncer que notre distingué collaborateur, M. le Dr Lutaud vient d'être nommé médecin-adjoint de Saint-Lazare.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes, par le Dr L. de Sinéty, membre de la Société de biologie et des Sociétés anatomique et d'anthropologie de Paris. 1 beau vol. in-8 de 850 p. avec 160 fig. dans le texte (ouvrage complet) : 13 fr. — Octave Doin, éditeur, 8, pl. de l'Odéon.

Dé l'éclampsie puerpérale spécialement étudiée au point de vue de la pathogénie et des modifications de température qui l'accompagnent, par le Dr Ch. Hypolitte, aide de clinique de la Faculté de Nancy. 1 vol. in-8 de 400 p. avec 11 pl. thermométriques hors texte : 8 fr. — Octave Doin, éditeur, 8, pl. de l'Odéon.

Du tétanos puerpéral consécutif à l'avortement et à l'accouchement, par le Dr Lardier. 2e éd. in-8 : 2 fr. — Octave Doin, éditeur, 8, pl. de l'Odéon.

Perineorrhaphy with special reference to its benefits in slight lacerations and a description of a new mode of operating, par le Dr Edward W. Jenks. Ext. de l'*Amer. j. of obs.*, vol. XII, avril 1879.

Ueber die Kunstliche Frühgeburt bei hoffnungsloser erkrankung der Mutter, par le Dr Léopold, de Liepzig. Extrait des *Arch. f. Gyn.*, vol. XIV, fasc. 2.

Traité théorique et pratique sur l'art des accouchements, par W. S. Playfair, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Kings College, président de la Société obstétricale de Londres, traduit sur la 2e édition anglaise parue en décembre 1878, par le Dr Vermiel. Traduction entièrement revue par le Dr Budin, chef de la clinique d'accouchement de la Faculté de Paris. 1 très-fort vol. gr. in-8 de 920 p. avec 180 fig. dans le texte : 15 fr. — Octave Doin, éditeur, 8, pl. de l'Odéon.

Cours d'embryogénie comparée du collége de France (semestre d'hiver 1877-1878). Leçons sur la Génération des vertébrés, par G. Balbiani, professeur au Collége de France, recueillies par le Dr F. Henneguy, revues par le professeur. 1 beau vol. gr. in-8 avec 150 fig. dans le texte et 6 pl. en chromo-lithographie hors texte : 15 fr. — Octave Doin, éditeur, 8, pl. de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PARALYSIE PARTIELLE DES MEMBRES ABDOMINAUX PAR COMPRESSION DU PLEXUS SACRÉ ET DU NERF OBTURATEUR PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Par le Dr Laville (de Gaillac),
Chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-André.

La compression exercée pendant le travail sur une partie des nerfs qui animent les membres abdominaux, ayant été tour à tour acceptée et refusée comme cause des paralysies dont ces membres sont quelquefois le siège, il m'a paru intéressant de rechercher de quel côté se trouvait la vérité.

Certains auteurs (1) tendent à rapporter toutes les paralysies à une cause générale, à l'albuminurie, et refusent toute action

(1) Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes*, 2e édit., trad. Leblond, p. 1228 et suiv.

à la compression exercée par la tête fœtale sur le plexus de l'excavation ; ils se basent sur les faits suivants :

1° La plupart des accouchements laborieux se sont effectués sans laisser de trouble dans l'innervation des membres abdominaux ; 2° des parties du corps, entièrement étrangères à l'action des nerfs susceptibles d'être lésés pendant l'accouchement, ont été frappés de paralysie pendant la grossesse, pendant et après le travail.

Parmi les 36 observations dont le professeur Churchill s'est servi pour tracer l'histoire des paralysies survenant pendant la grossesse et après le travail, une seule doit se rapporter à la compression, c'est l'observation n° XXX que je reproduis *in extenso*. D'après cette observation, la parturiente a ressenti des crampes dans la jambe gauche pendant le travail ; quand elle se leva, on s'aperçut que la malade traînait une jambe et que la sensibilité de ce membre était obtuse sur le dos et à la plante du pied.

Observation XXX (Churchill) (1). — *Paralysie de la jambe gauche.*

Au mois de février 1851, une femme âgée de 33 ans vint à la policlinique. Le 25 janvier, elle était accouchée, au moyen du forceps, de son troisième enfant, après un travail pénible qui avait déjà duré douze heures. Pendant l'accouchement elle s'était plainte de crampes dans la jambe gauche. Les jours suivants, après qu'elle eût quitté le lit, elle se plaignit encore de lassitude, de difficulté de marcher, et il lui semblait que son pied gauche était moins sensible. L'examen montra que la sensibilité était normale dans la jambe et dans la cuisse gauches, mais qu'elle était moindre sur le dos et à la plante du pied du même côté ; la malade ne sentait que très imparfaitement lorsqu'on promenait la main sur ces parties. Elle ne sentait pas non plus le sol lorsqu'elle posait le pied à terre. La diminution dans la motilité était visible, parce que la malade traînait la jambe en marchant, et qu'elle exécutait difficilement les mouvements qu'elle voulait faire. Les veines étaient variqueuses et l'utérus en prolapsus. On prescrivit

(1) Romberg. *Lehrbuch der Vervenkrheiten*, 3e édit., Berlin, 1857.

un purgatif; on fit des frictions avec l'essence de térébenthine; on administra ensuite l'extrait alcoolique de noix vomique à la dose d'un demi-grain, bientôt élevé à un grain, trois fois par jour. Le résultat fut des plus satisfaisants; la sensibilité et le mouvement revinrent complètement, et la malade quitta l'hôpital complètement guérie le 3 mars.

L'origine de la paralysie survenue chez la femme qui fait l'objet de l'observation de Romberg ne me paraît pas douteuse, attendu : 1º Que lors de l'examen, la paralysie existait du côté même où la femme a ressenti des crampes pendant l'accouchement; or, il n'est douteux pour personne que les crampes des membres inférieurs, survenant pendant le travail, ne soient occasionnées par la compression du plexus nerveux; 2º que la paralysie était partielle; 3º que la sensibilité étant normale à la cuisse et à la jambe gauches, elle était moindre sur le dos et à la plante du pied du même côté.

Pour expliquer ces divers phénomènes, j'examinerai :

1º Quels sont les nerfs par lesquels les membres inférieurs sont animés?

2º Quels sont les nerfs susceptibles d'être lésés par la tête fœtale?

3º Quelle est la relation qui existe entre le trouble survenu dans l'innervation du membre et la distribution des nerfs susceptibles d'être lésés?

4º Quelle est la cause de ces paralysies partielles?

1º Quels sont les nerfs par lesquels les membres inférieurs sont animés?

Ces nerfs proviennent de deux sources : A. Du plexus lombaire; B. Du plexus sacré.

A. Ceux qui proviennent du plexus lombaire sont exclusivement destinés aux muscles de la partie antérieure et de la partie interne de la cuisse, ils donnent presque toute la sensibilité au tégument de la cuisse et de la jambe. Tous, sauf l'obturateur, sont situés dans le grand bassin; ne pouvant être intéressés par la tête engagée dans l'excavation, leurs fonctions doivent

être intactes dans les cas de paralysie par compression exercée par la tête fœtale.

Quant à l'obturateur, l'une des branches terminales du plexus lombaire, il passe entre le muscle psoas et la dernière vertèbre lombaire, il longe le détroit supérieur et se dirige vers le trou sous-pubien, accomplissant une partie de son trajet sur les parois de l'excavation ; à la sortie du bassin, il se divise en quatre rameaux terminaux destinés au droit interne et aux adducteurs, moins le pectiné.

Ce nerf est dans la sphère d'action de la compression fœtale ; il est susceptible d'être lésé pendant l'accouchement. Nous trouverons ses fonctions momentanément abolies dans l'observation personnelle que nous citerons plus loin.

B. Le trajet du plexus sacré s'effectue tout entier dans l'excavation.

Sa branche terminale, le nerf sciatique, anime les muscles de la région postérieure de la cuisse, ceux de la jambe et ceux du pied ; toute la sensibilité du pied et toute sa dépendance.

2° Quels sont les nerfs susceptibles d'être lésés par la compression fœtale ?

Les nerfs qui tapissent l'excavation, c'est-à-dire l'obturateur et le plexus sacré, sont les seuls qui puissent être lésés. Fleetwood Churchill n'accorde aucune valeur à la compression des nerfs destinés aux membres inférieurs, comme ceux de certaines paralysies survenues pendant le travail ; il s'exprime ainsi (1) :

« Comme nous l'avons vu, on a attribué la paralysie à un travail pénible et prolongé et à la pression continue exercée sur les nerfs et sur les muscles pelviens. A première vue, cette explication paraît judicieuse et presque indiscutable ; cependant, en ce qui concerne nos observations, il ne peut guère en être ainsi, puisqu'à l'exception d'un seul cas où la malade fut accouchée avec le forceps, tous les autres accouchements

(1) Churchill. *Loc. cit.*, p. 1227.

furent naturels, faciles, de courte durée, et, de plus, le moment où les accidents paraplégiques se manifestèrent était si éloigné de l'accouchement qu'il est impossible de les attribuer aux fatigues du travail. D'un autre côté, si nous nous rappelons le nombre d'accouchements laborieux où il faut avoir recours à des opérations qui ne sont pas accompagnées de ces complications, il nous faut renoncer à mettre au nombre de ces accidents les accouchements de ce genre. »

Dans les 36 observations de paralysie puerpérale relatées par Churchill dans son Traité des maladies des femmes, le trouble porté à l'innervation est survenu :

23 fois avant le travail; il a déterminé :

Hémiplégie	10 fois.	
Paralysie du bras droit et de la main	1 —	
Paralysie des membres inférieurs	1 —	
Amaurose	3 —	
Surdité	3 —	
Paralysie faciale	4 —	
Paralysie partielle du côté droit	1 —	

Deux fois pendant le travail ; il a déterminé :

Paralysie du bras droit et de la main	1 —	
Obs. XXX (Churchill). — Paralysie de la jambe gauche	1 —	forceps.

Onze fois après le travail ; il a déterminé :

Amaurose	3 fois.
Paralysie	1 —
Paralysie faciale droite	1 —
Hémiplégie	4 —
Paralysie faciale et bras	1 —
Paralysie faciale	1 —

Il est trop évident que ces paralysies, sauf celle qui correspond à l'application du forceps, ne peuvent avoir une action mécanique pour cause, et, par cela même, l'opinion qu'elles ont suggéré à l'éminent professeur de Dublin peut bien ne pas être fondée en tout point.

La rareté des paralysies par compression, exercée par la tête fœtale, ne me paraît pas être une raison suffisante pour en exclure la possibilité; et, si les cas de paralysie sont rares, ceux des crampes et d'engourdissement, presque toujours limités à un membre pelvien, sont communs pendant la période d'engagement; l'engourdisssement ne peut-il pas être considéré comme le premier degré de la paralysie par compression?

3° Quelle est la relation qui existe entre le trouble survenu dans l'innervation du membre et la distribution des nerfs susceptibles d'être lésés?

Pour songer à attribuer la paralysie d'un membre à la compression des nerfs qui l'animent, il est nécessaire que la paralysie soit limitée à l'action des nerfs susceptibles d'être comprimés; il faut que les fonctions de ceux qui ne peuvent être lésés restent intactes.

Examinons maintenant les phénomènes observés chez la femme Del... qui fait l'objet de mon observation, rapprochons-les de ceux que Romberg a observés chez la femme dont Churchill relate l'observation (obs. XXX) et voyons si ces phénomènes sont d'accord avec les données anatomiques.

Nous savons que le plexus lombaire, sauf l'obturateur, ne peut être lésé par la tête fœtale engagée; qu'il est destiné à la motilité du triceps crural et que sa principale fonction est de donner la sensibilité à la peau de la jambe et à celle de la cuisse.

Chez Del... et chez la femme dont Romberg rapporte l'observation, nous trouvons la sensibilité de la cuisse et celle de la jambe à l'état normal; chez Del.., on pouvait voir dans les premiers jours le triceps crural se contracter sous l'influence de la volonté, sans toutefois déterminer aucun effet utile.

Nous avons dit que le nerf obturateur, parcourant une partie de son trajet dans l'excavation, était susceptible d'être lésé; qu'il est destiné à animer les adducteurs et le droit interne.

Del... ne peut exécuter le moindre mouvement d'adduction si, le genou étant fléchi et le pied portant sur le lit, elle amène avec la main, son membre dans l'adduction et qu'elle l'aba-

donne à lui-même, elle ressent aussitôt une vive douleur à la partie interne de la cuisse et le membre retombe, appuyant sur le lit par la face externe.

Quant au nerf sciatique dont les branches d'origine, étant toutes dans l'excavation, sont susceptibles d'être lésées à des degrés différents, il donne la sensibilité au pied; il anime les membres postérieurs de la cuisse, ceux de la jambe et ceux du pied.

Chez Del... aussi bien que dans l'observation de Romberg, le seul trouble apporté à la sensibilité du membre paralysé existe au pied, là même où le nerf sciatique est seul pour remplir cette fonction.

4° Quelle est la cause de ces paralysies partielles ?

Etant donné que chez Del... le début de la paralysie a coïncidé, non avec les tentatives infructueuses d'introduction de la branche droite, mais avec les tractions exercés sur le forceps ; que cette paralysie est survenue dans les parties du membre animées par les nerfs qui tapissent l'excavation, qu'elle a respecté ceux qui ne sont pas susceptibles d'être lésés par la compression de la tête fœtale, est-il possible de supposer, avec Churchill, que toutes les paralysies survenant pendant la grossesse ou après l'accouchement émanent d'une cause générale, de l'albuminurie? Il est possible que les urines de Del... fussent albumineuses; qu'y aurait-il d'étonnant et qu'est-ce que cela prouverait ? Dans sa thèse inaugurale, M. le Dr Ch.-H. Petit (1) a recherché quelle était la fréquence de l'albuminurie chez les femmes enceintes ; il a examiné, avec la plus scrupuleuse attention, l'urine de 143 femmes; 28 fois il a trouvé de l'albumine, soit 1 fois sur 5. D'où il suit que le nombre de cas d'albuminurie pendant la grossesse est trop fréquent et les paralysies puerpérales partielles trop rares pour que l'on puisse songer à établir une relation entre cette cause et l'effet constaté.

---

(1) Ch.-H. Petit, *Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes*. Paris, 1874.

D'après M. Léon Tripier (1), la cause de ces paralysies n'est pas bien établie. « Les auteurs, dit-il, sont encore divisés sur la question de savoir si c'est le forceps ou la tête fœtale qu'il faut mettre en cause dans les cas de paralysie des membres inférieurs survenant chez les nouvelles accouchées. Notre ami le Dr Bianchi, qui a traité ce sujet dans sa thèse inaugurale (*Des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées*. — Paris, 1867), accuse surtout le forceps, attendu qu'il n'a jamais rencontré que des cas dans lesquels il s'agissait d'accouchements laborieux terminés par le forceps.

« A côté de cette manière de voir vient se placer celle de Burns et de M. Jaccoud (*Livre des paralysies*), qui soutiennent qu'on peut voir ces accidents survenir après les accouchements les plus naturels. Keating, cité par Weir Mitchel, aurait observé des cas analogues, et ce dernier auteur rapporte lui-même des faits qui viennent corroborer cette opinion. Mais, nous le répétons, ce sont là des exceptions ; comme l'ont fait observer ces différents auteurs, les principaux nerfs contenus dans l'excavation pelvienne sont disposés de telle sorte que l'on comprend, jusqu'à un certain point, pourquoi ils sont si rarement atteints par la tête fœtale dans les conditions ordinaires. En effet, le nerf crural est protégé par les muscles psoas et iliaque et l'angle sacro-vertébral écarte la tête des gouttières latérales qui logent les nerfs sciatiques, quant aux nerf sacrés, ils sont placés en arrière; or, l'effort de la tête porte surtout en avant contre la symphyse pubienne. Weir Mitchell insiste avec raison, suivant nous, sur l'épaisseur des gaines dont sont pourvus les nerfs en question, de sorte qu'ils peuvent être comprimés, même fortement, sans qu'il en résulte pour cela de désordres graves. Les recherches que nous avons entreprises avec M. Arloing sur la ligature des nerfs prouvent, en effet, que la force employée et le fil constricteur restant les mêmes, les résultats varient surtout avec le volume du nerf et l'épais-

(1) *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. *Nerfs*, p. 248.

seur de la gaine. En résumé, les lésions nerveuses, dans les cas auxquels nous faisons allusion, doivent être mises généralement sur le compte des manœuvres faites avec le forceps. »

Malgré que MM. Burns, Jaccoud et Keating aient observé un certain nombre de cas de paralysie partielle après les accouchements les plus naturels, M. Léon Tripier n'en conclut pas moins à ce que ces lésions doivent être mises généralement sur le compte des manœuvres faites avec le forceps.

Comment le forceps peut-il produire de pareils désordres? Pendant l'introduction des branches ou pendant les tractions exercées?

Pendant l'introduction des branches si, méconnaissant la direction du canal pelvien, on veut pénétrer de force, la matrice sera perforée avant que les *gros* troncs nerveux, protégés par une gaine épaisse, aient pu être atteints, et la mort de la femme est aussi certaine que si elle eût reçu un coup déjà dans le ventre.

Aucun accident ne peut arriver si l'introduction des branches se fait suivant les règles de l'art.

Pendant les tractions exercées avec le forceps classique (l'auteur n'ayant pas spécifié, nous devons nous borner à examiner l'action du forceps de Levret), si on observe les règles qui président à la direction suivant laquelle les tractions doivent être exercées, sur quel point du bassin l'effort portera-t-il? Ce ne sera ni sur le sacrum, ni sur ses gouttières latérales, ce sera en avant, sur le pubis. Si les tractions sont régulières et conformes à la direction du canal pelvien, elles n'auront d'autre effet que d'aider la nature, et la tête, entre les branches du forceps, exécutera les mêmes mouvements que si l'accouchement était naturel, à moins qu'un obstacle dépendant du bassin ou de la tête fœtale ne vienne s'y opposer.

M. Bianchi (1) cite une observation d'après laquelle la femme

---

(1) *Des paralysies traumatiques des membres inférieurs chez les nouvelles accouchées*. Th Paris, 1869.

ressentit un engourdissement dans la jambe gauche quatre heures avant qu'on fît usage du forceps; on ne peut donc accuser cet instrument d'avoir occasionné la paralysie dont ce même membre fut affecté.

Observation II (Bianchi).

Chez une autre malade le forceps aussi a été nécessaire, mais quatre heures avant qu'on en fît usage la malade se plaignit d'un engourdissement dans la jambe gauche, lequel fut bientôt remplacé par des douleurs violentes sur le trajet du nerf sciatique. La compression subie par les nerfs ne donna lieu, pendant quelques jours, qu'à des troubles de sensibilité; mais bientôt il s'y joignit une paralysie des muscles qui meuvent les orteils, avec une anesthésie totale du pied et de la jambe.

MM. Burns, Jaccoud et Keating ayant observé des cas de paralysie partielle après des accouchements qui se sont terminés de la façon la plus naturelle, nous devons rechercher ailleurs que dans les manœuvres faites avec le forceps la cause de ces paralysies.

Pour moi, la paralysie tient à la position suivant laquelle la tête a parcouru le canal pelvien.

Au détroit supérieur et, dans l'immense majorité des cas, le diamètre sous-occipito-bregmatique correspondant à l'un des diamètres obliques du bassin, l'engagement s'effectue suivant cette position. La tête ne tarde pas à exécuter un mouvement de rotation par lequel l'occiput est le plus souvent ramené en avant derrière le pubis, quelquefois en arrière, dans la concavité du sacrum. L'une de ces deux positions étant acquises, les plexus seront protégés par les saillies, légères mais suffisantes, que présente le sacrum dans les points de soudure avec les vertèbres sacrées. Mais que la tête parcoure le canal pelvien sans exécuter son mouvement de rotation interne, ainsi qu'il est arrivé dans le cas qui fait l'objet de mon obser-

vation, pendant tout le temps de descente, et ce temps est quelquefois fort long, la tête sera en rapport avec l'une des gouttières latérales du sacrum; les nerfs, qui constituent la portion la plus importante des tissus qu'elles logent, seront susceptibles d'être comprimés pendant un assez long temps, et assez énergiquement pour que leurs fonctions soient abolies d'une façon passagère ou durable, suivant le degré de pression subie par ces organes.

Telle est la cause à laquelle je ne doute pas que la paralysie partielle des membres inférieurs, paralysie survenant pendant le travail, ne soit généralement attribuable.

Ce qui constitue, à mon sens, la rareté des paralysies de ce genre, c'est la rareté même du défaut de rotation interne, la tête ayant les dimensions ordinaires et s'engageant dans un bassin normal.

OBSERVATION (personnelle). — *Accouchement terminé par le forceps. — Paralysie partielle du membre inférieur droit.*

La dame J. Del..., primipare, petite, assez forte, ressent les premières douleurs au commencement de la nuit du 30 au 31 mai 1879.

On vient me prendre à 3 heures du matin; la tête est dans l'excavation, mais élevée; le col, en haut et en arrière, est difficilement accessible, presque effacé, il laisse pénétrer la pulpe de l'indicateur.

Les douleurs sont assez vives mais très-espacées; je rentre chez moi.

A 7 heures du matin, le travail n'a pas fait de progrès sensible; les douleurs reviennent à intervalles très-inégaux.

A midi, le col offre une dilatation de 3 centimètres; eu égard à l'irrégularité de l'intervalle des contractions, je prescris une potion avec 3 grammes de chloral.

A 6 heures, la dilatation est de 6 centimètres; l'intervalle des douleurs a été plus régulier, mais le chloral, dont la potion a été terminée à 4 heures, n'en a nullement atténué la souffrance. Je crois, disait Del..., que depuis le moment où j'ai commencé la potion je souffre davantage.

A minuit, la dilatation est complète et les membranes rompues; à la suite, les douleurs ne sont pas aussi vives et les intervalles plus

longs; à 1 heure 30, Del... perd courage et sollicite mon intervention.

La tête, toujours élevée, en première position, est fixée.

L'introduction de la branche gauche du forceps ne présente aucune difficulté; la droite, au contraire, ne peut pénétrer. Après avoir vainement cherché la voie, je retire les branches et je fais remettre la femme dans son lit.

A 4 heures du matin, la position de la tête n'a pas changé; il n'est survenu que des douleurs insignifiantes.

Je tente une nouvelle application en commençant par la branche droite qui pénètre avec quelque difficulté; la branche gauche est ensuite appliquée et le décroisement des branches ayant été effectué, l'articulation en est difficile, mais je l'obtiens.

Aussitôt que les tractions commencent, Del... se plaint d'engourdissement dans la jambe droite; elle accuse l'aide de tenir ce membre en mauvaise position; la sensation persiste quelque position que l'on donne au membre.

A 5 heures, la tête est à la vulve, le périnée est près de se rompre; je pratique deux incisions latérales et je continue les tractions jusqu'au complet dégagement de la tête, toute douleur ayant disparu.

La tête n'ayant pas exécuté son mouvement de rotation interne, se présente obliquement à la vulve, de telle sorte que l'occiput est tourné vers l'aine gauche. La bosse sanguine occupe le côté droit de la tête à laquelle elle donne un aspect particulier.

La rotation interne du tronc s'effectue bientôt après et le dégagement est complet.

L'enfant est en état d'asphyxie apparente; elle est rappelée à la vie par la flagellation et par les frictions à l'eau-de-vie.

L'utérus se rétracte après la sortie de l'enfant; la délivrance est naturelle; je fais administrer 2 grammes d'ergot de seigle.

Une large déchirure du périnée s'est effectuée suivant l'une des incisions latérales; elle arrive à 1/2 centimètre de l'anus; trois points de suture réunissent ses bords.

L'examen du membre inférieur droit, pratiqué peu de temps après la délivrance, donne les résultats suivants :

Motilité. Aucun mouvement n'est possible.

Sensibilité. Elle est notablement diminuée sur le dos et à la plante du pied. La pointe d'une épingle peut laisser une marque sur le dos du pied sans que Del... en ait ressenti la piqûre.

Le chatouillement de la plante n'est pas senti.

La sensibilité est intacte sur tout autre point du membre.

1er juin soir. Del... n'a éprouvé aucune douleur dans sa jambe; elle n'a pas uriné. Cathétérisme. Pouls, 88.

Le 2. Cathétérisme. Injections vaginales aromatiques. Bouillon.

Le 3. Pendant la nuit du 2 au 3, douleurs très-vives dans la jambe droite; interrogée afin de préciser le siége et le trajet de la douleur, elle ne le peut. « Je ressentais, dit-elle, des élancements dans tout le membre. »

Cathétérisme. L'utérus se rétracte. Pouls, 86.

Soir. Dans la journée elle a perdu quelques caillots de sang mêlés à des lochies sanieuses répandant une odeur très-désagréable.

Le ventre n'est pas développé, l'utérus se rétracte; pas de douleurs.

Del... cherche à soulever sa jambe; elle ne peut la détacher du lit; on voit le triceps se contracter, sous l'influence des efforts qu'elle fait, sans toutefois déterminer aucun effet utile. Pouls, 100.

Le 4. Nuit bonne; pas de douleurs; Del... a uriné; les lochies présentent les mêmes caractères que la veille. Douleur, à la pression, dans la fosse iliaque droite.

Elle produit un léger mouvement de flexion du genou. Douleur à la surface du pied droit, comparable à celle que déterminerait un sinapisme.

Le 6. La jambe, à demi fléchie sur la cuisse, repose sur sa face externe.

Si, la jambe étant à demi fléchie, le pied portant sur le lit, Del... amène avec la main le membre dans l'adduction, elle ressent une vive douleur à la partie interne de la cuisse; aussitôt qu'elle abandonne le membre à lui-même; il retombe immédiatement sur sa face externe.

Del... commence à mouvoir les orteils.

La sensibilité du pied est encore obtuse, mais bien moins que le premier jour.

Les lochies sont moins sanieuses et répandent moins d'odeur que le 3. Pouls, 84. Appétit.

Le 7. Le mouvement de flexion de la jambe est plus étendu et il est exécuté avec plus d'assurance que les jours précédents. Del... peut porter la jambe en dehors, mais pas encore en dedans, quelque

effort qu'elle fasse. La réunion de la plaie du périnée étant complète j'enlève les points de suture.

Le 11. La sensation de cuisson, ressentie au pied droit, a persisté jusqu'à hier; Del... ne l'éprouve plus aujourd'hui; elle s'est levée et a pu faire le tour de la chambre en s'appuyant aux différents meubles qui s'y trouvent; le mouvement d'adduction est encore restreint, mais possible; elle sent bien le sol sous ses pieds.

Le 12. Del... a traversé la chambre sans le secours d'aucun aide; sa démarche n'est pas encore assurée, elle jette sa jambe droite.

Le 15. L'amélioration survenue est des plus satisfaisantes; Del... porte assez facilement la jambe droite sur la jambe gauche; la démarche est plus assurée. Elle est sur le point de rentrer dans son pays.

RAPPORTS PATHOLOGIQUES DE L'ŒIL ET DE L'UTÉRUS.

Par le Dr A. Dehenne.

Tous les ophthalmologistes connaissent les rapports pathologiques qui unissent l'œil et l'utérus. La *kopiopie utérine* est devenue classique pour la plupart d'entre eux depuis les travaux de Förster (de Breslau). Les irido-choroïdites d'origine utérine (aménorrhée, dysménorrhée, ménopause, etc.) n'ont pas manqué, à plusieurs reprises, d'attirer leur attention. Malgré cela, il existe peu de faits de ce genre dans la littérature ophthalmologique; en peu de temps il s'en est présenté plusieurs à mon observation. J'ai cru utile de les publier. Les gynécologistes pourront peut-être en faire leur profit. Préoccupés de l'affection utérine, ils peuvent négliger les phénomènes

morbides qui se passent à distance de leur organe de prédilection, et ne voir aucun rapport entre des manifestations si dissemblables. Quelle relation peut-il y avoir entre l'asthénopie accommodatrice et une ulcération du col? Entre un retard menstruel et une iritis (coup d'air pour beaucoup de médecins)? Cette relation est très-réelle, tellement réelle que l'asthénopie, quoi qu'on fasse, ne disparaît qu'avec la guérison de l'ulcération, que l'iritis récidive à chaque menstruation difficile. Je laisserai de côté aujourd'hui la *kopiopie* pour ne m'occuper que des faits d'iritis ou d'irido-choroïdites, et j'établirai de suite que l'utérus malade agit comme cause occasionnelle ou déterminante, la prédisposition étant représentée par la syphilis ou le rhumatisme. Personne n'ignore combien l'iris est sensible à l'action de ces deux diathèses. La susceptibilité morbide de l'iris étant portée au plus haut degré par le tempérament rhumatismal, survient la grande perturbation fonctionnelle qu'engendre la ménopause ou l'aménorrhée, l'iris s'enflamme, la choroïde se prend consécutivement, et la maladie revêt de suite un caractère de gravité rare dans les cas simples. En quelques mots, voici généralement comment se passent les choses, avec quelques variantes : Une jeune fille de 14 ou 15 ans, pâle, lymphatique, les yeux cernés, vient consulter parce qu'elle souffre d'un œil, et qu'elle n'en voit presque plus. Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, les deux yeux sont pris.

La vue de cet œil a baissé depuis une ou plusieurs années. Souvent il rougit et devient douloureux, puis tout rentre dans l'ordre pour recommencer quelques jours après. La pupille est petite et déformée ; l'atropine n'a aucune action sur elle. L'iris est légèrement décoloré, et son équateur bombe en avant dans la chambre antérieure. L'injection périkératique est plus ou moins prononcée ; l'œil est dur et douloureux au toucher. Diagnostic : irido-choroïdite chronique à répétitions. *Comme étiologie :* la jeune fille est mal réglée ou pas réglée du tout. Elle a habité des logements humides ; elle a des douleurs dans les articulations des genoux, des coudes, des épaules, etc. Son père ou sa mère sont rhumatisants ; quel-

quefois tous les deux. On pratique une *iridectomie*. On soigne la constitution générale de cette personne. La menstruation, sous l'influence du traitement, se rétablit, devient régulière, et la guérison survient.

Lorsque des synéchies viennent accoler le cercle pupillaire à la cristalloïde antérieure, les rechutes d'iritis ou d'irido-choroïdite sont fréquentes. Leur répétition peut amener la désorganisation totale du globe oculaire. Chez les malades auxquelles nous faisons allusion, il est digne de remarque que ces nouvelles poussées coïncident toujours avec une époque menstruelle, qui vient pour ainsi dire donner le branle à la cause *mécanique* bien connue de tous, mais diversement interprétée.

Pour de Græfe les rechutes provenaient du tiraillement continuel de l'iris par les synéchies, et de l'interception de communication entre le segment antérieur et le segment postérieur de l'œil. Beaucoup d'ophthalmologistes partagent cette manière de voir, et pratiquent l'iridectomie pour libérer l'iris d'une partie de ses adhérences et rendre à l'humeur aqueuse son cours normal entre la face postérieure et la face antérieure de l'iris.

M. de Wecker aussi pratique l'iridectomie, mais dans un autre but. Il veut empêcher que l'iris « repoussé par le liquide accumulé derrière lui ne vienne faire saillie en avant, pour s'adosser à la surface postérieure de la cornée en obstruant l'encoignure de la chambre antérieure, et en faisant naître alors des difficultés dans la filtration à travers le tissu trabéculaire péricornéen. » Dans son opération, M. de Wecker a pour but de laisser surtout libre l'encoignure de la chambre et d'éviter les enclavements et l'excision incomplète de la périphérie de l'iris. C'est l'extension à l'irido-choroïdite de ses idées sur l'étiologie du glaucôme, « résultant, dans la majorité des cas, d'une entrave à l'excrétion des liquides. » Récemment (Annales d'oculistique, avril 1879), Abadie, après discussion de ces différentes théories, s'en est encore tenu aux idées de Græfe et de Donders.

Quoi qu'il en soit, les synéchies existant, les troubles men-

struels viennent donner un coup de fouet à la phlegmasie endormie, et de cette façon on peut parfaitement expliquer comment des iritis avec synéchies postérieures totales restent plusieurs années sans attirer l'attention, tandis que d'autres fois, trois, quatre, cinq récidives se suivent à intervalles très-rapprochés. Voilà pourquoi aussi, la pupille artificielle ayant été pratiquée, on a eu malgré cela des rechutes; c'est qu'on s'est tenu au traitement local, à l'iridectomie, sans s'inquiéter de l'état général. Dans les iritis chroniques on a vanté, à juste titre, la sécurité que donne l'iridectomie; mais cette sécurité n'est complète que si on tient compte des causes qui ont enflammé l'iris (rhumatisme, syphilis, etc.), et de celles qui amènent les rechutes (dysménorrhée, ménopause, etc.).

Dans son excellente thèse inspirée par Abadie (Nature et traitement de certaines formes d'irido-choroïdites, Paris 1873), le Dr Denis fait allusion aux irido-choroïdites *spontanées* qui surviennent chez les femmes à l'époque critique, au moment où le flux menstruel commence à montrer des irrégularités. « On remarque, dit-il, une certaine corrélation entre l'état du tractus uvéal et celui du système utérin. » Son observation VI cadre admirablement avec celles que nous publions aujourd'hui. « Femme de 36 ans, rhumatisante depuis l'âge de 22 ans. Mal réglée depuis 14 mois. Depuis l'apparition des troubles menstruels, douleur dans l'œil droit à chaque époque. Signes d'irido-choroïdite. » Il paraît difficile à M. Denis de démêler là dedans ce qui appartient au rhumatisme de ce qui est le fait du trouble menstruel. Je crois, pour ma part, que l'explication est aisée. Cette femme avait eu *une iritis rhumatismale.* Des synéchies s'étaient formées. Tant que les règles avaient été régulières, elle n'avait pas souffert. Vient la perturbation menstruelle, l'iris (*locus minoris resistentiæ*) s'enflamme, les synéchies (cause mécanique) sont tiraillées, et la poussée d'irido-choroïdite est constituée. Je ne dirai pas, comme M. Denis, que l'état général prime l'état local; chacun marche de pair, chacun a son importance. Et surtout je ne dirai pas, comme lui, que la chirurgie ne doit être qu'un moyen *secondaire* dans ces sortes

d'affections. Le traitement général, sans traitement chirurgical, sera impuissant ; le traitement chirurgical, employé seul, ne fera peut-être qu'activer la diathèse. Employés concurremment, ils donneront les meilleurs résultats.

En résumé, la prédisposition existant (rhumatisme ou syphilis), les troubles utérins agissent de deux façons : ou bien, ce qui est plus rare, en produisant une irido-choroïdite d'emblée ; ou bien, des adhérences étant formées antérieurement par le fait d'une iritis, en réveillant la diathèse endormie, et en amenant des irido-choroïdites le plus souvent très graves.

Observation I.

Mme B..., 56 ans, se présente à ma clinique le 6 mars 1879. Il y a deux ans elle a un peu souffert de l'œil droit, mais ne s'en est pas inquiétée outre mesure. On l'a traitée pour un coup d'air. La vue s'est insensiblement perdue, mais comme elle ne souffrait pas, elle n'y prenait pas attention. Elle est du reste pusillanime, et si elle n'a pas consulté plus tôt, c'est qu'elle craint beaucoup chirurgiens et opérations. Elle est rhumatisante. A chaque changement de temps, ses articulations des genoux, des coudes, etc., deviennent douloureuses, tantôt l'une, tantôt l'autre. A part cela, elle a toujours joui d'une bonne santé. Ce qui l'a décidée, cette fois, à demander secours, c'est que depuis huit jours elle souffre horriblement de son œil droit, qui est rouge, dur, et très-douloureux à la pression. La pupille est rétrécie, encombrée d'exsudats, et ne se dilatant pas par l'atropine. Les adhérences à la capsule sont totales. Diagnostic : irido-choroïdite. D'après les renseignements donnés par la malade, il est facile de voir que son coup d'air d'il y a deux ans n'a été autre chose qu'une iritis rhumatismale. Des adhérences se sont formées, et malgré cela elle n'a pas souffert. Ce n'est qu'il y a huit jours que les premières vives douleurs ont paru, et elles ont coïncidé avec l'époque menstruelle qui, pour la première fois, n'a pas abouti. Il y a eu des nausées, des douleurs de reins, mais pas d'évacuation sanguine. Comme traitement : atropine, compresses chaudes, sulfate de quinine, un vésicatoire volant à la tempe droite, 2 sangsues à la face

interne de chaque cuisses, et des bains de pieds sinapisés. Au bout de quatre jours, pas de changement dans l'état de l'œil, qui est de plus en plus dur et douloureux. Une iridectomie est pratiquée le 10 mars, après anesthésie. Détente de tous les phénomènes oculaires, cessation des douleurs. La malade peut dormir pour la première fois depuis douze jours.

Notons en passant ce fait en apparence paradoxal : un œil est très-inflammé, on lui fait subir un traumatisme (iridectomie), et toute inflammation tombe comme par enchantement. Ces faits sont d'observation journalière en chirurgie oculaire. Pendant quinze jours, Mme B... ne souffre pas lorsque, tout à coup, au milieu de la nuit, le 26 mars, elle est prise de nouveau de douleurs de tête très-violentes et de douleurs intra-oculaires. Le lendemain, à la consultation, l'œil droit était dur, douloureux à la pression ; une partie de la cicatrice, sous l'influence de la tension intra-oculaire, avait cédé, et un petit enclavement s'étant produit, excision de la petite portion d'iris herniée, et même traitement local et général que précédemment. Les douleurs de reins n'avaient pas fait défaut, mais pas la moindre évacuation. Tout rentre rapidement dans l'ordre jusqu'au milieu du mois d'avril. Mêmes phénomènes que précédemment; mais cette fois les accidents cèdent à l'atropine, au sulfate de quinine et aux sangsues, lorsque le 16 mai une crise horriblement douloureuse survient. Le lendemain, l'œil était dur comme une bille de marbre ; la moitié de la chambre antérieure était remplie de sang. Encore une fois, il y avait concordance avec l'époque menstruelle. En présence des souffrances horribles qu'endurait la malade, de la tension intra-oculaire considérablement augmentée, une intervention active était tout indiquée. On endormit la malade ; une large iridectomie fut pratiquée, et le cristallin cataracté extrait. Du sulfate de quinine fut prescrit pour le soir, ainsi que deux sangsues à chaque cuisse. Le lendemain, il y avait une rémission notable de tous les symptômes, et huit jours après il ne restait plus traces des péripéties par lesquelles ce malheureux œil avait passé. Aujourd'hui, Mme B... ne souffre plus du tout. Le globe oculaire a repris sa tension et sa coloration normales. Depuis le mois de mai, l'attention n'a plus été attirée du côté des phénomènes menstruels, qui, et ceci ne me semble pas douteux, ont eu une influence capitale sur l'*irido-choroïdite* à répétitions, malgré la première iridectomie pratiquée suivant toutes les règles. Depuis cette époque, Mme B... prend fréquemment des bains de pieds sinapisés, évite la

constipation avec le plus grand soin, et aussitôt que le sang a un peu de tendance à affluer vers la tête, elle s'applique des sangsues aux cuisses et prend de 50 à 75 centigrammes de sulfate de quinine. Avec toutes ces précautions, juin et juillet viennent de se passer sans encombre.

Le traitement chirurgical et le traitement général ont fini par avoir raison d'une affection qui aurait pu retentir d'une manière fâcheuse sur l'œil opposé, et nécessiter tôt ou tard l'énucléation.

Observation II.

Mlle G..., âgée de 15 ans, vient à la clinique le 25 février 1879. Constitution lymphatique très-marquée. Elle est sujette à des douleurs rhumatismales, qu'elle attribue à un séjour prolongé dans une cave pendant le siège de Paris. C'est à cette époque-là, du reste, qu'elle a souffert de l'œil droit pour la première fois. Depuis lors elle a souffert de temps à autre, mais surtout depuis six mois, époque à laquelle elle a commencé à être réglée. La menstruation, du reste, est fort difficile. — Elle souffre beaucoup des reins, a des nausées, et l'écoulement sanguin est très modéré. En même temps, son œil rougit et devient douloureux. C'est devant la persistance de ces phénomènes qu'elle se décida à venir consulter. — L'œil est rouge et douloureux à la pression. La tension est légèrement augmentée, la pupille est totalement adhérente à la cristalloïde antérieure. Pas la moindre dilatation par l'atropine. L'acuité visuelle est très-faible ; c'est à peine si la jeune fille compte les doigts à 1 pied de distance. Une *iridectomie* est proposée, et immédiatement pratiquée. Cette opération donne les meilleurs résultats. Un traitement reconstituant est indiqué et scrupuleusement suivi. Depuis ce jour, les règles de Mlle G... sont très-régulières. L'acuité visuelle est excellente. Elle n'a jamais souffert de son œil.

A ces deux observations, nous pourrions ajouter celles de Mme S... et de Mlle L..., mais nous craindrions de fatiguer le lecteur, car les détails de ces deux observations ressemblent en tous points aux deux précédentes. Dans le cas de Mme S..., il s'agit d'une iritis chonique avec synéchies postérieures, datant de plusieurs années, mais n'ayant attiré réellement l'attention de la malade qu'à l'époque de la méno-

pause. Une *iridectomie* fut pratiquée, et tout rentra dans l'ordre. Les symptômes inflammatoires, coïncidant avec le retour d'âge, avaient été fort modérés. L'iridectomie ici avait plutôt été optique qu'antiphlogistique. Ce double résultat a été obtenu ; non-seulement Mme S... a recouvré une excellente vue de l'œil droit, mais depuis qu'elle a été opérée (15 novembre 1878), elle n'a pas éprouvé la moindre douleur du côté de son œil.

Quant à Mlle L..., rhumatisante à l'excès, elle a été atteinte, au moment des premières règles difficiles, d'une double irido-choroïdite séreuse avec kératite ponctuée, se portant tantôt à un œil, tantôt à l'autre ; mais chaque exacerbation coïncidait manifestement avec l'époque menstruelle. Comme traitement local : collyre d'atropine, compresses chaudes, vésicatoires volants aux tempes. Comme traitement général : eau de Vichy, sulfate de quinine, sirop d'iodure de fer et vin de quinquina. Ce traitement, comme dans les cas précédents, a parfaitement réussi. Tout porte à croire que la guérison se maintiendra.

ÉTUDE SUR LA PERINÉORRHAPHIE (1)

Par le Dr Marcel Boraud,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

SUITE ET FIN (2).

IV. — *Sutures.*

Lorsqu'on étudie les procédés employés actuellement en France et à l'étranger, on voit qu'ils diffèrent surtout par la façon de pratiquer la suture. Presque tous les chirurgiens sont en effet d'accord sur la façon de faire l'avivement. Les discussions commencent lorsqu'il s'agit des sutures. Les auteurs sont

---

(1) Ce mémoire a servi de thèse inaugurale à l'auteur.

(2) Voir le numéro d'août.

en général très-brefs sur l'avivement; ils donnent au contraire de longues descriptions des sutures.

Malgré les progrès réalisés par la chirurgie réparatrice dans ces dernières années, lorsqu'il s'agit de la périnéorrhaphie, les difficultés sont toujours les mêmes. Le grand écueil est toujours la fistule recto-vaginale consécutive. Chacun, suivant l'opinion qu'il se faisait de la cause de cet accident, essayait de le prévenir par un mode particulier de suture. Dans ces dernières années, les chirurgiens américains, dont les idées ont trouvé en France d'ardents défenseurs, se sont inquiétés d'un autre accident consécutif, l'incontinence des matières par insuffisance du sphincter; ils ont cru y remédier par une suture spéciale.

Nous allons exposer d'abord les principaux modes de suture employés. Nous discuterons ensuite leur valeur; enfin nous terminerons en faisant connaître le procédé de M. Trélat, qui nous paraît réaliser mieux que les autres les indications que doivent remplir les sutures dans la périnéorrhaphie.

Nous pouvons faire un premier groupe des procédés à lambeaux.

Langenbeck faisait une suture vaginale, une suture rectale, et une suture enchevillée.

Demarquay a conservé les sutures rectales et vaginales; mais les fils de la suture profonde sont noués au-devant du périnée.

M. Richet a supprimé la suture rectale de Langenbeck et de Demarquay. Il conserve la suture vaginale, mais en lui faisant subir une importante modification; les fils pénètrent à une certaine distance des bords libres des lambeaux de façon à les accoler par leurs faces cruentées et à former une sorte de crête qui protège le nouveau périnée. Il fait ensuite la suture enchevillée.

Enfin, M. Le Fort a repris la suture rectale qu'il reproche à M. Richet d'avoir abandonnée (1).

---

(1) Malgaigne. *Méd. opér.*, 8e éd., par Le Fort, t. II, *Déchirure du périnée* p. 681. Description du procédé de M. Lefort, p. 684.

Tous ces chirurgiens font des incisions libératrices sur les fesses ou incisent le sphincter.

Les procédés de suture qui vont suivre diffèrent beaucoup des précédents. En effet, il ne s'agit pas de suturer des lambeaux, mais de rapprocher des surfaces avivées. Tous ont ce caractère commun, qu'ils dispensent des incisions libératrices et de la suture rectale.

MM. Verneuil et de Roubaix font la suture vaginale de la même façon que dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Ils font la suture profonde, enchevillée, mais ils diffèrent par la façon de passer les fils.

M. Verneuil fait remarquer que si on ne fait pas de suture rectale (suture que du reste il repousse), les lèvres de la plaie tendront à s'écarter du côté du rectum. Aussi cherche-t-il à y suppléer en donnant une direction particulière à la suture profonde qui aura un double effet : rapprocher l'avivement périnéal, rapprocher les bords de la déchirure rectale. Il donne à cette suture le nom de périnéo-rectale. Elle se compose de 3 fils situés les uns au-dessus des autres, et pénétrant dans les tissus un peu en dehors des surfaces avivées. Le supérieur traverse la déchirure vers l'angle supérieur, le moyen, à sa partie moyenne, l'inférieur, au voisinage de l'anus. La disposition la plus importante c'est qu'à leur partie moyenne ils sont situés dans l'épaisseur de la cloison, au voisinage du rectum. Dans leur ensemble, les sutures vaginales et périnéo-rectales sont donc situées sur deux plans superposés.

M. de Roubaix a modifié la suture profonde. Il place d'abord le fil inférieur, et le fait remonter en haut et en arrière jusqu'à l'angle de la déchirure. Il cherche ainsi à attirer la cloison en bas et en avant.

Je vais parler maintenant des procédés de suture de Emmet, et Gaillard-Thomas, acceptés et défendus par Huë, Leblond, Terrillon.

Ces procédés ont certainement le mérite de la simplicité, puisqu'ils se contentent d'une seule suture. Toutefois, je crains qu'ils ne soient insuffisants dans les cas où la déchirure est très

profonde. « Si la déchirure s'étend à plus de 3 ou 4 centimètres au-dessus du bord antérieur de l'anus, il est préférable, dit Gaillard-Thomas, de faire une opération préliminaire pour restaurer la cloison jusqu'au voisinage de l'anus (1). » Nous dirons plus loin ce que nous pensons de l'opération en 2 temps déjà proposée par Laugier.

Emmet, Gaillard-Thomas et leurs imitateurs ne font ni suture vaginale ni suture rectale. Ils ne conservent que la suture profonde. Les uns fixent les fils sur des chevilles ; les autres les tordent en avant du périnée.

Comme les autres chirurgiens, ils se proposent d'abord d'accoler solidement les surfaces avivées ; ils ont aussi un autre but : ils veulent reformer le sphincter. Voyons comment ils passent leurs fils.

Les fils se divisent en deux groupes : les supérieurs et les inférieurs. Les inférieurs, en général au nombre de trois, placés les uns au-dessus des autres, sont situés pendant tout leur trajet dans l'épaisseur des tissus. Leur partie moyenne, au lieu de traverser l'espace compris entre les bords de la déchirure, remonte au-dessus de l'éperon, et chemine dans l'épaisseur de la cloison. Leur trajet décrit une courbe d'autant plus accentuée qu'ils sont plus inférieurs. Les fils supérieurs, destinés à rapprocher la partie supérieure de l'avivement périnéal, sortent en arrière au niveau de la lèvre postérieure de cet avivement, et traversent le vagin d'un côté à l'autre. Tous les fils sont ensuite tordus en avant du périnée.

Pour reconstituer le sphincter, ils donnent au fil le plus rapproché de l'anus une disposition particulière. Dans les déchirures totales, les deux extrémités du sphincter demeurent écartées l'une de l'autre, par suite de la tonicité musculaire. Or, dans les procédés habituels de suture, au lieu d'accoler bout à bout les deux extrémités du sphincter, on rapproche simplement

(1) Gaillard-Thomas. *Traité clin. des mal. des femmes*, traduit par Lutaud, 1879, p. 106. V. Leblond. *Traité élém. de chir. gyn.*, p. 329.

les tissus divers sous-jacents à la cicatrice. Pour atteindre le but qu'ils cherchent, les chirurgiens dont nous parlons, au lieu de faire pénétrer le fil inférieur au niveau de l'angle antérieur de l'anus, comme on le fait d'ordinaire, enfoncent l'aiguille qui le porte plus en arrière, en se rapprochant du coccyx. Si on se rappelle le long trajet que décrit ce fil, on verra qu'il agit à la façon des cordons d'une bourse, qui resserreraient l'orifice anal en entraînant à la rencontre l'une de l'autre les deux extrémités du sphincter. Il est difficile de se rendre bien compte de l'effet qu'on cherche à obtenir si l'on n'a pas de figure sous les yeux ; on trouvera des dessins schématiques dans Gaillard-Thomas, Leblond et Huë (1).

M. Terrillon a récemment publié une observation de périnéorrhaphie. Il décrit d'abord le procédé de Gaillard-Thomas, dont il se déclare partisan, particulièrement en ce qui concerne la suture des deux extrémités du sphincter. Mais il lui fait subir plusieurs modifications, qui rentrent complètement dans les idées que nous défendrons plus loin. Il ajoute la suture vaginale ; il fixe les extrémités des fils de la suture profonde sur des bouts de sonde, au lieu de les tordre en avant du périnée ; enfin il place profondément un gros fil métallique, fixé à ses extrémités par deux plaques de plomb.

On trouve mentionné dans la plupart des traités le procédé de Baker-Brown. On le dit fort employé en Angleterre. Nous avons peu de choses à en dire, quoique nous ayons consulté le texte anglais (2). A part l'incision du sphincter, on ne trouve rien de précis dans la description, d'ailleurs très-brève, du chirurgien anglais. Il ne fait ni suture rectale, ni suture vaginale. Quant à la suture profonde, il se borne à dire qu'on place les fils les uns au-dessus des autres, en les faisant pénétrer profondément, de façon à ce qu'ils comprennent dans leur anse

(1) Dans les ouvrages que nous avons cités, et aux pages que nous avons indiquées.

(2) Baker-Brown. *On the surgical Diseases of Women*. Nouvelle éd. London, 1866, p. 36.

une grande épaisseur de tissus. Leurs extrémités sont fixées sur deux bouts de sonde de chaque côté du périnée. Du reste, la figure que donne Baker-Brown s'applique manifestement à une déchirure qui n'atteint pas la cloison. J'ajoute que la figure reproduite dans le traité de Churchill (1), et dans l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. Marduel (2), s'applique à des déchirures incomplètes, et à l'opération qui a pour but de rétrécir le vagin dans les cas de prolapsus utérin.

Je serai bref sur les procédés de suture employés par les Allemands. Je ne connais pas de traduction de leurs Mémoires sur la périnéorrhaphie. Je ne connais que les figures qu'on trouve dans certains ouvrages français, avec les quelques lignes d'explications qui les accompagnent. Simon fait des sutures rectales, vaginales et périnéales, mais, contrairement à ce que nous avons vu jusqu'à présent, ce sont les sutures rectales et vaginales qui sont profondes; elles décrivent de grands cercles et forment ainsi deux plans superposés; au niveau de l'angle profond du bord rectal de l'avivement, il y a deux ou trois fils qui traversent la cloison de part en part; l'anse formée par leur partie moyenne est dans le rectum; leurs extrémités sont ramenées dans le vagin. La suture périnéale est superficielle.

Dans le procédé de Hildebrandt les sutures rectales et vaginales sont superficielles, mais les premières n'existent qu'en avant, au voisinage de l'anus; les secondes n'existent qu'en arrière, au voisinage de l'éperon. Les fils de la suture périnéale sont enfoncés très profondément et tordus en avant du périnée.

Je me borne à mentionner la suture de Heppner. Sa descrip-

---

(1) Churchill. *Traité prat. des mal. des femmes*, traduit par Wieland et Dubrisay. Nouvelle édition par Leblond (J.-B. Baillière), 1874, p. 1012.

(2) *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.* (J.-B. Baillière), t. XXVI, 1878, art. *Périnée*, par Maduel, p. 691.

tion est assez compliquée. Je renvoie aux figures qu'on trouve dans les auteurs (1).

Dans les leçons cliniques publiées récemment par M. Péan (2), se trouve un article sur la périnéorrhaphie. Le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis donne bien peu de renseignements sur la façon de passer les fils : « Les fils profonds, au nombre de cinq à six, sont passés les premiers, puis on passe les superficiels ; tous sont fixés par torsion. » La figure qu'il donne manque de clarté ; l'avivement qu'elle représente s'applique à une déchirure peu profonde ; on voit des fils profonds alterner avec des fils superficiels.

Telle est, en résumé, la description des divers modes de suture aujourd'hui employés. Le lecteur aura peut-être quelque peine à s'en faire une idée bien nette, et cela pour deux raisons : le manque de figures, la brièveté de l'exposition. Il m'était impossible de reproduire les figures données par les auteurs ; j'ai indiqué chemin faisant dans quels ouvrages on les trouverait. En second lieu, comme je l'ai déjà dit, je ne cherche pas à donner une description complète des divers procédés ; j'ai voulu seulement indiquer les faits importants, ceux qu'il était nécessaire de rappeler.

Nous allons maintenant essayer d'apprécier la valeur des divers modes de sutures. Examinons d'abord la nature des fils.

Avant l'introduction en France des procédés américains, on ne se servait guère que de fils de soie ou de chanvre. Depuis, la plupart des chirurgiens ont adopté les fils d'argent. Nous ne di-

---

(1) On trouvera des indications sur les procédés des chirurgiens allemands dans les ouvrages suivants :

Nouv. Dict. de méd. et chir., prat. Loc. cit. Procédés de Simon et de Hildebrandt. — Péan. *Leçons de clinique chirurgicale*, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1875 (2e semestre) et 1876 (Germer Baillière, 1879). — Procédés de Simon, Hildebrandt, Heppner, Freundt. — Lefort. *Médecine opératoire de Malgaigne*, 8e éd., p. 686, t. II, et Emmanuel Bourdon, th. citée, p. 69, donnent des figures de la suture de Heppner.

(2) Péan. *Loc. cit.*

rons pas avec Sims que l'emploi des fils d'argent est la plus grande découverte chirurgicale du XIXe siècle ; nous ne croyons pas que les tissus supportent sans réagir les fils d'argent ; mais il nous paraît évident qu'ils sont mieux tolérés que les fils de soie. Dans la périnéorrhaphie, ils nous paraissent en outre présenter des avantages spéciaux. Dans les sutures vaginales, par leur rigidité relative, ils assurent mieux l'accollement, sur une large surface, sans écraser les tissus. Ils sont plus faciles à enlever que les fils de soie, pour peu qu'ils soient situés profondément dans le vagin. Quant aux sutures profondes, les fils métalliques de grandes dimensions ont moins de chance de couper les tissus ; ils ont en outre l'avantage de pouvoir être fixés à leurs extrémités par des plaques de plomb dont l'emploi, comme nous le verrons, est préférable à celui des tiges rigides ou des sondes.

Quelques chirurgiens, depuis la vulgarisation du pansement de Lister, ont préconisé, dans les anaplasties, les fils de catgut. D'après eux, ils ne couperaient pas les tissus et seraient résorbés sur place. M. Mollière (1), de Lyon, les a appliqués avec succès. Ce mode de suture n'a pas encore été suffisamment expérimenté pour que nous le conseillions ; du reste, les quelques renseignements que nous avons pu recueillir semblent indiquer que le catgut coupe les tissus aussi bien que les fils métalliques.

Etudions maintenant les avantages et les inconvénients des divers modes de suture. Nous les étudierons dans l'ordre suivant :

1° *Sutures superficielles :*
- *a.* Périnéales.
- *b.* Rectales.
- *c.* Vaginales.

2° *Sutures profondes.*

---

(1) *Lyon médical*, 1876, 27 fév., t. XXI, n° 9, p. 307. Note sur deux cas de périnéorrhaphie.

Les sutures périnéales *superficielles* ne donnent lieu à aucune discussion; on les emploie si les bords de la plaie s'écartent en avant; on les néglige si, dans le procédé dont on a fait usage, les bords du périnée sont bien rapprochés.

Les sutures rectales sont aujourd'hui généralement abandonnées, excepté en Allemagne. Leurs inconvénients sont bien connus. On sait quelle est la sensibilité de la muqueuse rectale; la présence d'un corps étranger, quelque petit qu'il soit, est une cause d'irritation et d'épreintes. De plus, il est souvent difficile d'enlever les fils les plus éloignés. Enfin, elles ont pour résultat de former une sorte de crête par l'accolement des bords de la déchirure, et de diminuer ainsi le calibre de l'intestin, d'autant mieux que les bords suturés se tuméfient souvent. Je ne sache pas qu'on ait signalé d'accidents éloignés de rétrécissement rectal; mais on sait que, au moment de la première garde-robe, le grand écueil est le rétrécissement de l'anus. Du reste, l'expérience a montré que, en pratiquant l'avivement comme nous l'avons indiqué, la suture rectale est inutile. Les inconvénients de cette suture sont une des causes qui doivent faire rejeter les procédés à lambeaux. Pour la même raison, je repousse les procédés allemands, ainsi que celui de Bantock (1) qui, voulant simplifier l'opération, remplace la suture vaginale, qu'il supprime, par la suture rectale. En résumé, il ne faut pas suturer le bord rectal de l'avivement.

La suture vaginale est employée par tous les chirurgiens français. Les Américains l'ont supprimée, mais à tort, selon nous; aussi nous n'avons pas été surpris de voir M. Terrillon y revenir. Elle n'a aucun des inconvénients de la suture rectale; en la supprimant on simplifie, il est vrai, l'opération, mais au détriment du succès. Elle est indispensable pour bien assurer l'accolement des surfaces avivées. Pour qu'elle donne tout ce

---

(1) Granville Bantock. *On the treatment of rupture of the perineum* (*Obst. Journ.*, janv. 1877, p. 655), cité par Leblond. *Traité élémentaire de chirurgie gynécologique.*

qu'on en doit attendre, il faut la faire d'une certaine façon et prendre quelques précautions. Il faut d'abord passer les fils comme dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Ils pénètrent dans la muqueuse vaginale à 4 millimètres du bord externe de l'avivement, rampent sous cette muqueuse et sortent, sur la surface avivée, au voisinage du bord rectal. Ils doivent éviter la muqueuse du rectum et ne contenir dans leur anse, lorsqu'ils seront serrés, que la muqueuse vaginale. Chaque fil est distant des fils voisins de 6 millimètres environ. La suture commence au niveau de l'angle supérieur de l'avivement vaginal; il faut avoir soin de passer un ou deux fils dans l'espace compris entre cet angle et celui de l'avivement rectal; faute d'avoir pris cette précaution on a eu quelquefois des fistules recto-vaginales consécutives. Les points de suture sont continués jusqu'à l'angle vulvo-périnéal du nouveau périnée.

Pour serrer les fils, le moyen le plus simple consiste à les tordre avec les doigts. C'est ce que fait M. Trélat. Quant au fulcrum et aux autres instruments employés dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, ils sont en général inutiles, puisqu'on voit et qu'on atteint facilement les parties. On pourra, pour fixer les fils, se servir de tubes de Galli.

Je ferai plusieurs remarques à propos de ce temps de l'opération. A quel moment doit-on serrer les fils de la suture vaginale? Si on les fixe avant d'avoir serré la suture profonde, il est évident qu'ils exerceront en avant une traction exagérée sur les tissus. Si, au contraire, on serre d'abord la suture profonde, il sera très difficile de tordre les plus rapprochés de l'éperon. Aussi M. Trélat conseille-t-il de serrer d'abord les points vaginaux les plus éloignés, puis la suture profonde et, enfin, de revenir aux fils vaginaux antérieurs.

En second lieu, pendant qu'on tord les fils, il faut surveiller attentivement les lèvres de la plaie, du côté du vagin et du côté du rectum. Si on se rappelle la forme de l'avivement et la façon dont sont passés les fils, on verra que, en les serrant, on forme, du côté du vagin, une sorte de crête verticale produite par l'adossement des surfaces cruentées. Il faudra donc rappro-

cher progressivement les deux plaies, et veiller à ce que les bords vaginaux soient bien en contact. Nous ferons remarquer à ce propos que pour produire la crête médiane dont nous parlons, il n'est pas nécessaire, comme le fait M. Richet, de dédoubler la cloison et d'adosser les lambeaux vaginaux par leurs faces profondes. Nous ajouterons que si les fils sont tordus avec soin, la plaie est protégée contre les liquides vaginaux tout aussi bien et même mieux que par tous les lambeaux imaginables. Du côté du rectum on veillera à ce que les bords de la déchirure soient exactement adossés.

Enfin il ne faut pas couper les fils trop près de la muqueuse; il faut leur conserver une longueur suffisante pour qu'ils soient saillants hors de la vulve. Il est souvent fort difficile d'enlever les points de suture les plus éloignés. On y arrivera plus facilement si l'on tient l'extrémité du fil; on n'aura qu'à le suivre, et on arrivera directement sur l'anse. Les fils seront réunis à leur extrémité par une bandelette de diachylum qui les empêchera de blesser les parties voisines.

Sutures profondes. — Nous avons vu plus haut les buts variés que se proposaient les chirurgiens en pratiquant la suture profonde. Ils cherchent surtout trois choses : tenir solidement accolées les surfaces avivées; empêcher la production d'une fistule recto-vaginale; reconstituer le sphincter anal.

Roux et ses imitateurs, en pratiquant la suture enchevillée, n'avaient qu'un but : mieux maintenir accolés les tissus. Pendant longtemps on ne chercha rien de plus. Mais plus tard on voulut y joindre une action supplémentaire en donnant aux fils une direction spéciale, les uns cherchant à suppléer la suture rectale, les autres à abaisser l'angle supérieur de la déchirure, d'autres enfin à reconstituer le sphincter.

Pour nous, la seule chose qu'on doive chercher c'est l'accolement exact des surfaces avivées. Telle doit être la seule préoccupation du chirurgien. Si la suture vaginale a été soigneusement faite, si la suture profonde a été convenablement appliquée et suffisamment serrée, on n'a à craindre aucun des

accidents auxquels les procédés les plus compliqués cherchent à remédier, et le résultat final, c'est-à-dire la réunion de l'avivement, est plus sûrement atteint.

Mais, pour que la suture profonde soit bien supportée, pour qu'elle agisse efficacement en un mot, pour qu'elle donne les bons résultats qu'on en doit attendre, il faut qu'elle soit faite suivant certaines règles. Il faut éviter les trajets plus ou moins compliqués qui donnent aux fils une direction circulaire. *Les fils profonds doivent être, autant que possible, rectilignes.* Les anses qu'ils décrivent compriment les tissus, les irritent et ne peuvent que nuire à la réunion.

C'est là le point capital du procédé de M. Trélat. Il fait remarquer que, si l'aiguille est enfoncée près des bords de la plaie, pour que le fil pénètre profondément, il faut forcément le diriger d'abord d'avant en arrière, puis traverser la déchirure, et, finalement, le faire sortir du côté opposé en le dirigeant d'arrière en avant. En agissant ainsi, même dans le cas où on ne cherche pas à obtenir un effet accessoire, on fait décrire au fil une courbe à concavité antérieure. Aussi M. Trélat donne-t-il le précepte d'enfoncer l'aiguille à 4 ou 5 centimètres du bord périnéal de l'avivement. Il se sert d'une longue aiguille de 10 cent. montée sur un manche. Son chas offre une disposition particulière. Elle est figurée dans le Bulletin de la Société de chirurgie pour l'année 1877. (Technique de l'uranoplastie par le professeur Trélat.) C'est une aiguille à chas mobile pouvant pincer et ramener le fil. Elle paraît supérieure à celle que M. de Roubaix a présentée récemment à l'Académie de médecine de Belgique et dont le principe est emprunté à l'ancienne aiguille de Langenbeck pour la palatoplastie.

La réunion sera d'autant plus certaine que le trajet des fils profonds sera plus rectiligne. Cette raison seule pourrait nous dispenser de revenir sur les procédés des auteurs. Nous allons cependant montrer que le but accessoire qu'ils se proposent est ou inutile ou nuisible, et que parfois même il n'est pas obtenu.

« Dans le procédé ancien, dit M. Verneuil, le fil moyen for-

mait une anse plus longue que l'antérieur et le postérieur; il résultait de cette disposition que les deux moitiés du périnée

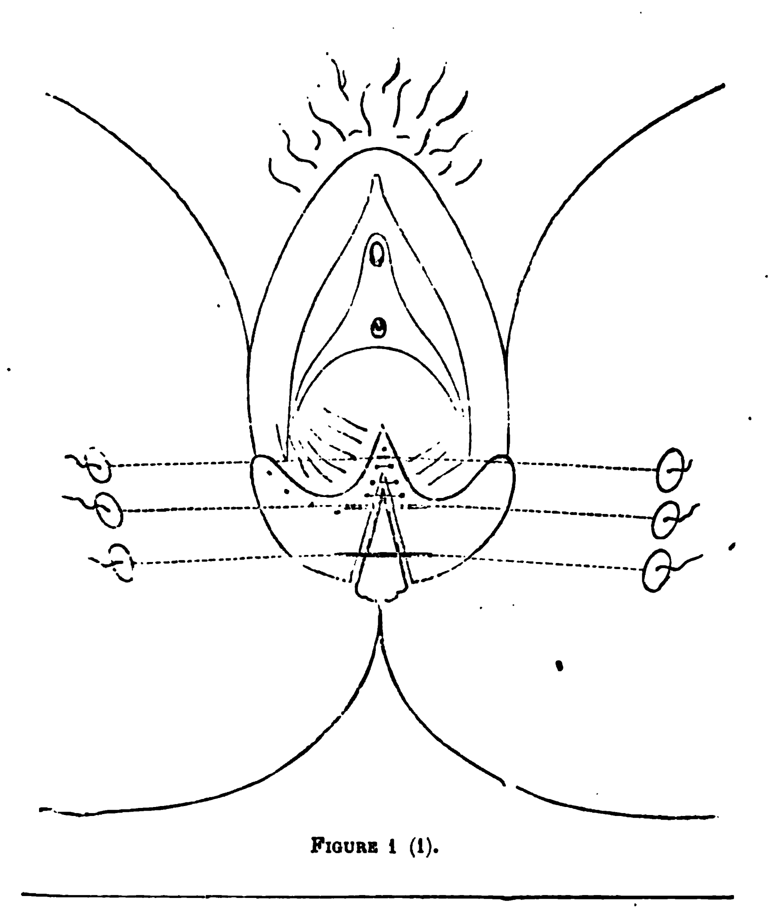


FIGURE 1 (1).

(1) Cette figure schématique représente l'avivement et la suture profonde. Les fils sont enfoncés assez loin des bords de l'avivement (4 à 5 cent.). Leur trajet est rectiligne. Les plaques métalliques représentées sur la figure sont beaucoup trop petites. Celles dont se sert M. Trélat ont 1 cent. 1/2 de long, et 1 cent. de large. Il arrive quelquefois qu'on est obligé de les faire chevaucher les unes au-dessus des autres par leurs extrémités.

La suture vaginale n'est indiquée qu'en arrière, et en avant que du côté gauche du lecteur.

étaient bien rapprochées au niveau de la peau, mais très-imparfaitement du côté du vagin, du rectum, et surtout au niveau de la cloison. Pour peu que les lèvres de la plaie baillent du côté du rectum, une parcelle de matières fécales ou même les gaz intestinaux, très-nuisibles à la réunion immédiate, s'interposent dans la fissure et font manquer l'adhésion. » Il repousse la suture rectale, et emploie la suture périnéo-rectale telle que nous l'avons décrite. Si on prend toutes les précautions que nous avons indiquées, il n'est pas nécessaire de s'occuper du rectum. Les résultats de M. Trélat montrent qu'on n'a rien à redouter de ce côté. Les mêmes observations s'appliquent au procédé de M. de Roubaix.

Gaillard-Thomas prétend que les fils sont mieux supportés s'ils contournent la déchirure, au lieu de la traverser. Cette opinion n'est rien moins que démontrée, et on a l'inconvénient de faire décrire aux fils des courbes très-prononcées.

Quelle importance faut-il attacher à la prétendue réunion des deux bouts du sphincter? Les défenseurs de cette théorie supposent que les extrémités du sphincter sont libres, absolument comme si elles avaient été disséquées. Quoi qu'on dise ou qu'on fasse, on rapproche en bloc tous les tissus sous-jacents à l'avivement. Le seul résultat qu'on obtienne, c'est le rétrécissement de l'anus (1), et on le doit autant au prolongement de l'avivement en arrière, qu'à la direction du fil inférieur.

Du reste, nous ne voyons pas la nécessité de reconstituer le sphincter. L'incontinence des matières après la périnéorrhaphie est certainement très-rare ; il n'en est guère question dans les observations. Lorsque cet accident a été observé, on peut l'attribuer avec beaucoup plus de raison aux trop grandes dimensions de l'anus qu'à l'insuffisance du sphincter, d'autant mieux qu'il a suffi parfois de quelques cautérisations pour le faire disparaître (2).

---

(1) Il ne s'agit bien entendu que du rétrécissement momentané qui suit l'opération.

(2) *Bull. Soc. chir.*, 5 avril 1876, observation de M. Guyon. Voir à la fin de

Quant au rétrécissement de l'anus, résultat forcé de ce mode de suture, il n'a, croyons-nous, que des inconvénients. Il n'est malheureusement pas rare de voir la première garde-robe produire soit une déchirure de l'angle anal du nouveau périnée, soit une fistule recto-vaginale, et on aura alors sûrement l'incontinence qu'on voulait éviter. Telle a été l'opinion de tous les chirurgiens qui prirent part à la discussion du rapport de M. Guéniot sur l'observation de M. Hué (1).

En résumé, l'incontinence des matières après la périnéorrhaphie, lorsque l'anus a ses dimensions normales, est une très-rare exception ; la réunion des deux bouts du sphincter est hypothétique; le procédé de Gaillard-Thomas et de Emmet ne produit que le rétrécissement de l'anus, résultat qu'il faut d'autant plus éviter qu'il compromet souvent l'opération.

M. Verneuil (2), renchérissant sur ce que nous venons de dire, se déclara partisan de la pratique de M. Labbé. Ce chirurgien, redoutant les accidents qui résultent du rétrécissement de l'anus, ne suture pas la partie anale du périnée. On est alors, dit-il, dans la même situation que lorsqu'il s'agit d'une fistule anale traitée par l'incision. Ce procédé nous paraît trop radical. D'abord, l'assimilation avec la fistule à l'anus n'est pas exacte; car, dans un cas, au fond de la plaie sont des tissus sains, tandis que dans l'autre on trouve deux surfaces saignantes, simplement accolées, entre lesquelles les gaz et les matières liquides pourront s'infiltrer. En outre, en voulant éviter de rétrécir l'anus, ne tombe-t-on pas dans l'excès contraire ? Les déchirures de la partie postérieure du périnée, survenant lors de la première garde-robe, ne sont pas sans inconvénients, quelque minimes qu'elles soient. Elles retardent la guérison ; leurs lèvres peuvent ne pas se réunir, et l'incontinence des ma-

---

ma thèse, au chapitre « statistiques » un fait analogue dont j'ai été témoin dans le service de M. Trélat.

(1) *Bull. Soc. chir.*, 5 avril 1876.

(2) *Bull. Soc. chir.*, même séance. Le procédé de M. Labbé est rapporté par M. Verneuil.

tières peut en résulter. Est-on sûr que la fissure profonde qu'on produit volontairement n'aura aucun de ces inconvénients? Passe encore si dans les procédés habituels cette déchirure était la règle, si surtout on était souvent exposé à voir rompre les sutures. Mais cet accident est rare, si l'avivement s'arrête au niveau de l'angle antérieur de l'anus, si on n'a pas cherché à rétrécir l'orifice anal, si enfin on a pris avant et après l'opération toutes les précautions que nous avons indiquées et que nous indiquerons.

Je repousse également les deux plans de suture profonde que propose M. Terrillon. Je conçois qu'il l'ait faite dans l'observation qu'il publie, puisqu'il a cru insuffisantes les sutures du premier plan. Mais cette complication doit être évitée en faisant convenablement les sutures profondes. Les modifications qu'il a jugé nécessaire d'introduire ne sont-elles pas la meilleure critique du procédé qu'il avait primitivement adopté? Du reste, dans bien des observations on trouve des faits du même genre. Le chirurgien commence l'opération sans règles fixées et bien arrêtées, n'ayant d'autre guide que des principes un peu généraux; chemin faisant, il modifie sa manière de faire suivant les circonstances, ajoutant des sutures ou faisant des incisions libératrices, si l'accolement ne lui paraît pas assez solide. Cette manière de faire est conseillée par plusieurs chirurgiens antérieurs à notre époque (1), et même de nos jours (2). Il n'y a pas de règles précises, disent-ils. On se laisse guider par les circonstances. Nous repoussons formellement cette opinion.

Nous croyons au contraire qu'il y a une manière de faire la périnéorrhaphie préférable à toutes les autres; et, comme il arrive souvent, le procédé le meilleur est le plus simple. A quoi bon compliquer les sutures? On s'éloigne du but principal pour poursuivre des résultats accessoires, inutiles ou dangereux, si toutefois on les atteint.

---

(1) Dieffenbach. *La chirurgie de M. Dieffenbach*, par Phillips, art. *Déchirures du périnée.*

(2) Guéniot. *Bull. Soc. chir.*, 5 avril 1876. Discussion.

Il nous reste à indiquer la manière de fixer les fils de la suture profonde. Les Américains les tordent en avant du périnée; Demarquay, Hildebrandt font de même. On ne peut trop s'éle-

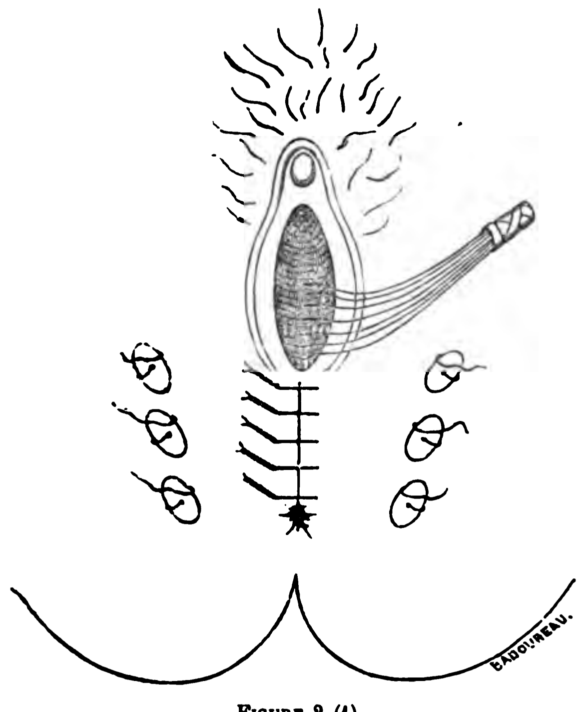


FIGURE 2 (1).

ver contre cette pratique. Il faut faire la suture enchevillée et se servir, comme nous l'avons dit, de gros fils d'argent simples pour chaque suture, préférablement aux fils de soie. Pour fixer leurs extrémités on se sert généralement de tiges d'ivoire ou mieux de bouts de sonde placés verticalement de chaque côté du

(1) Les fils tordus en avant du périnée sont ceux de la suture périnéale superficielle. La perspective de la paroi postérieure du vagin n'est pas exactement représentée.

périnée. Ces tiges pressant sur une surface étroite se creusent un sillon qu'elles ulcèrent parfois profondément. Les plaques de plomb sont préférables. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'elles ne laissent aucune trace sur les tissus, mais c'est tout au plus si la peau est exulcérée au-dessous d'elles. Elles ont un autre avantage, auquel M. Trélat attache une grande importance, chaque fil est isolé et fixé d'une manière très-simple qui permet de *desserrer la suture dès le second jour*. Le fil traverse le trou qui se trouve au centre de la plaque et décrit autour d'elle un cercle complet, comme on le voit sur la figure 2. Pour desserrer, on détord le fil ; puis on l'enroule comme la première fois pour le fixer de nouveau.

En résumé, il faut rejeter la suture rectale, faire la suture vaginale comme dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, et surtout, pour la suture profonde, n'ayant d'autre préoccupation que d'assurer l'accolement des surfaces avivées, s'attacher à rendre rectiligne le trajet des fils. C'est d'après ces principes que M. Trélat pratique les sutures, comme on le voit dans les lignes suivantes (1).

« *Suture vaginale.* — Dès que la plaie d'avivement est achevée et qu'elle a été détergée après arrêt de l'écoulement sanguin, on place successivement, à 6 ou 7 millimètres les uns des autres, et à 4 millimètres du bord de la plaie, les points de la suture vaginale, en commençant par l'angle supérieur. Ces points de suture entrecoupée, ayant le trajet des fils dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, sont faits avec du fil d'argent très-fin. Aucun d'eux n'est serré. On les fermera quand les fils de la suture profonde auront été passés.

« *Suture profonde.*— Une longue aiguille (2) de 10 centi-

(1) Notes inédites.

(2) Voir page 40 la description de l'aiguille employée par M. Trélat.

mètres, à manche fixe, portant dans son chas une anse de fil souple, pénètre dans la peau à 4 ou 5 centimètres (suivant l'abondance et la richesse des tissus) horizontalement en dehors de l'angle antéro-supérieur ou vulvo-périnéal de la plaie. Elle chemine dans la profondeur des tissus, et vient sortir près de l'angle supérieur de la plaie, juste à égale distance entre son feuillet vaginal et son feuillet rectal. L'anse de fil est saisie avec une pince et retirée du chas. La même manœuvre est répétée du côté opposé. A l'aide de chacune de ces anses de fil souple on entraîne un gros fil d'argent (simple) de 7/10 de millimètre. Un second point, correspondant au milieu de la hauteur de la plaie, est placé dans les mêmes conditions; il émerge dans la surface avivée à égale distance de son bord rectal et de son bord vaginal, à égale distance aussi de son angle supérieur et de sa base périnéale.

Un troisième point, parallèle au précédent, traverse les surfaces cruentées, à 7 ou 8 millimètres de l'anus.

Dans certains cas, quand le périnée est peu élevé, deux points suffisent. Ils seront placés, suivant le type qui vient d'être indiqué, à distances convenables entre l'angle supérieur et la base périnéale.

Avant de serrer ces points de suture profonde, on peut fermer la moitié des points de la suture vaginale. Je pratique cette fermeture par la simple torsion des fils ; mais on peut se servir aussi bien de tubes de Galli. Il faut avoir grand soin d'éviter ici l'enroulement de la muqueuse et laisser à chaque fil tordu une longueur de 8 à 10 centimètres, pour pouvoir les réunir tous en un seul paquet qu'on enfermera dans un petit capuchon de diachylum pour éviter leur piqûre, et qui permettra de les retrouver méthodiquement au moment de l'ablation.

La suture profonde est alors serrée. L'extrémité de cha-

que fil, à la gauche de l'opérateur, est engagée dans le trou central d'une plaque de plomb ovale, de 15 millimètres de long; il en fait le tour transversalement et est coupé à 2 centimètres de la plaque. L'extrémité droite est engagée de la même façon dans la plaque de plomb; celle-ci est poussée par la main gauche de l'opérateur pendant que la main droite tire sur le fil jusqu'à complète résistance des tissus; elle est alors un peu relâchée, et le fil est enroulé autour d'elle, puis coupé, comme du côté opposé. Il est clair qu'en déroulant ce fil le lendemain ou le surlendemain, on pourra relâcher la striction et replacer la plaque comme il convient. La grosseur du fil et sa raideur relatives ne lui permettent pas de se dérouler autour de la plaque sans une manœuvre du chirurgien.

Il ne reste plus alors qu'à achever la fermeture des points antérieurs de la suture vaginale et à placer une suture superficielle à points entrecoupés de fils très-fins sur le périnée et la nouvelle fourchette, de telle façon que la suture vaginale et la suture périnéale ne forment qu'une ligne continue sur deux plans incidents.

Les fils de la suture vaginale sont réunis dans le petit chaperon de diachylum; les fils de la suture périnéale coupés à 25 millimètres, et roulés en boule à leur extrémité pour éviter qu'ils ne piquent.

L'opération est alors entièrement terminée.

Elle se résume dans la succession méthodique des temps suivants :

Avivement, — placement des fils de la suture vaginale, — placement des fils de la suture profonde, — fermeture de la moitié ou des trois quarts des points de la suture vaginale, — fermeture des points de la suture profonde, — achèvement de la suture vaginale, — suture périnéale.

Il ne reste plus alors qu'à placer sur le périnée quelques

doubles de tarlatane imbibée d'un liquide légèrement phéniqué qui sera fréquemment renouvelé, et à installer la malade dans son lit, les genoux rapprochés, et soutenus dans la flexion. »

V. — *Des incisions libératrices et de quelques autres particularités.*

Aujourd'hui presque tous les chirurgiens repoussent les incisions libératrices. Pratiquées pour la première fois par Dieffenbach, en 1829, elles ont leur raison d'être dans les anciens procédés, et dans les procédés à lambeaux ; mais dans les méthodes actuellement employées les sutures profondes suffisent pour maintenir l'accolement. Cette raison suffirait à elle seule pour les faire rejeter. Elle ont aussi des inconvénients qui leur sont propres. Elles compliquent l'opération, ajoutent à sa gravité et retardent la guérison. Quelques chirurgiens, sans en proposer l'emploi d'une manière générale, les croient utiles dans certains cas ; il faut alors incriminer le procédé dont ils se sont servis ; si l'opération a été faite suivant les règles que nous avons défendues elles ne seront jamais nécessaires.

L'incision du sphincter anal a encore quelques partisans. Les chirurgiens qui la pratiquent ont un double but : ils veulent empêcher le tiraillement des sutures, et combattre la contracture du sphincter qui, s'opposant à la sortie des gaz, favoriserait leur accumulation dans l'ampoule rectale, et entraînerait la rupture d'un ou de plusieurs points de suture. Nous avons vu, à propos des incisions de Dieffenbach, qu'on n'a pas à redouter le tiraillement des sutures. Quant à la contracture du sphincter, son rôle et même son existence nous paraissent hypothétiques. Comment un sphincter rompu en un point et dont les extrémités sont séparées pourrait-il se contracturer ? Ce qu'il faut craindre, ce n'est pas le spasme du sphincter, mais le rétrécissement de l'anus. On l'évitera, non en élargissant l'anus

par des incisions, mais en faisant l'avivement et la suture comme nous l'avons indiqué, et en repoussant les procédés des chirurgiens américains. Si les chirurgiens voient souvent la périnéorrhaphie échouer, ils doivent s'en prendre surtout aux défauts de leur suture, et voir dans l'issue des gaz par la plaie non la cause, mais le résultat de l'insuccès.

Je désapprouve pour es mêmes motifs le procédé de M. Mollière : « Je disséquai, dit-il, sur les parties latérales le rectum, pour rechercher l'extrémité du sphincter, et mobiliser, dans une certaine mesure, l'extrémité inférieure de l'intestin (1). »

Je ne dirai rien des divers instruments employés autrefois pour évacuer les gaz, et placés à demeure dans le rectum, tels que canules, sondes, ampoules, olives creuses. S'il est vrai que les sutures rectales, quelque délicates qu'elles soient, sont une cause d'irritation, que penser des divers appareils que je viens de citer ?

Je repousse également l'opération en deux temps. Laugier ayant à traiter une déchirure totale du périnée réunit d'abord la cloison, et lorsque la cicatrisation fut obtenue, sutura le périnée. Robert Barnes (2), adoptant la pratique de James Lane (3), conseille de faire l'opération en deux temps si la déchirure est très-profonde ; Gaillard-Thomas, comme nous l'avons vu, donne le même conseil. Nous ne voyons pas comment il est plus facile de réparer la cloison seule que la cloison et le périnée réunis ; je crois, au contraire, l'opération plus difficile. Le précepte donné par ces auteurs me semble être l'aveu de l'impuissance de leur procédé dans les cas difficiles. Il est d'autant moins utile d'insister qu'ils ne décrivent pas leur procédé pour la suture de la cloison, et qu'ils se bornent à donner un simple conseil, sans autre explication.

---

(1) Mollière. *Lyon médical*, 27 fév. 1876.

(2) Robert Barnes. *Traité clin. des mal. des femmes*, traduit par Cordes, Paris, Masson, 1876, p. 733.

(3) In *Surgical Dictionary* de Cooper, 1872, cité par Robert Barnes.

VI. — *Soins consécutifs.*

Cette question est fort importante. Elle préoccupe beaucoup les chirurgiens. On se fera une idée de l'importance qu'on y attache aujourd'hui en lisant, dans les Bulletins de la Société de chirurgie, le compte-rendu de la discussion sur la périnéorrhaphie (1). La question est complexe ; nous tâcherons de procéder avec ordre.

Quelle doit être la position de la malade ? Les cuisses seront rapprochées, et les jambes fléchies reposeront sur un coussin placé sous les genoux. Tant que les sutures ne sont pas enlevées, il est inutile de maintenir les cuisses par une serviette enroulée. M. Huë donne le conseil de changer de temps en temps la position de la malade ; le décubitus dorsal est très-fatigant ; il n'y aurait, d'après lui, aucun avantage à le conserver constamment ; de temps à autre, il place la malade tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche.

Comment évacuer l'urine ? Il est évident qu'on ne peut laisser la malade uriner seule ; l'urine s'écoulerait sur la plaie. On ne peut songer à mettre une sonde métallique à demeure, comme dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, car l'urine s'écoulerait encore sur le périnée ; on sait, en outre, que ces sondes sont parfois difficiles à maintenir dans la vessie. M. Terrillon, chez la malade dont il rapporte l'histoire, mit à demeure une sonde en gomme rouge. Il est probable que cette sonde devait être assez longue pour plonger dans un urinoir, sans cela elle n'aurait eu que des inconvénients. Il ne dit pas comment il la fixa, ce qui a une certaine importance, car son déplacement pourrait avoir des conséquences sérieuses. Je ne vois pas les avantages d'une sonde à demeure. Pourquoi craindre de sonder

(1) *Bull. Soc. chir.*, 5 avril 1876.

les malades deux ou trois fois par jour ? Il n'y a à cela aucun inconvénient, pourvu qu'on le fasse avec précaution. Il est évident que si l'urèthre est situé profondément, s'il faut, pour le découvrir, exercer sur les parties des tractions nuisibles à la réunion, il vaudra mieux mettre une sonde à demeure ; on la choisira aussi souple que possible, comme l'a fait M. Terrillon. Pour éviter que, lorsqu'on retire la sonde de la vessie, les dernières gouttes d'urine ne tombent sur la plaie, M. Huë entoure la sonde, dans une partie de son étendue, d'un petit cylindre de flanelle. Lorsqu'il introduit la sonde, il fait glisser en arrière le cylindre ; à mesure qu'il la retire, il le fait glisser en avant ; de cette façon, les dernières gouttes qui restent dans la sonde sont absorbées par la flanelle.

Faut-il maintenir la constipation les jours qui suivent l'opération et cela pendant combien de temps ? Il y a une vingtaine d'années les avis étaient partagés ; les uns, redoutant l'irritation produite par les *humidités rectales*, cherchaient à obtenir une constipation absolue ; les autres, redoutant surtout la rétention des gaz et leur accumulation dans le rectum, ainsi que la formation de bols fécaux trop durs et trop volumineux, cherchaient à entretenir la liberté du ventre. Aujourd'hui, l'accord est presque unanime. La condition que l'on considère comme la plus importante pour la guérison, c'est le repos absolu du rectum et du sphincter anal ; le seul moyen de l'obtenir c'est de produire la constipation. Dans quelques cas, rares du reste, où la distension gazeuse de l'intestin pouvait faire craindre une débâcle dangereuse pour les sutures, on a réussi à conjurer le danger en introduisant une sonde dans le rectum et y faisant de très-petites injections. Il est bien entendu que la sonde doit être retirée au bout de quelques instants, et qu'il faut se garder de la laisser à demeure. Quant à la crainte de voir des matières fécales trop dures rompre les sutures, on évitera cet accident en ne prolongeant pas trop longtemps la constipation.

Quelques chirurgiens conseillent de maintenir la constipation pendant une quinzaine de jours, c'est-à-dire jusqu'à ce que la cicatrice soit assez solide pour résister aux pressions qu'elle va

avoir à supporter. Cette opinion a été combattue à la Société de chirurgie par presque tous les orateurs (1). Ils dirent que, à leur avis, il valait mieux favoriser l'expulsion des matières la veille du jour où on enleverait les sutures, c'est-à-dire au bout de cinq ou six jours. Est-on sûr, en effet, de pouvoir maintenir la constipation pendant quinze jours? La plupart des malades, il est vrai, pour atténuer les inconvénients de l'incontinence des matières, se sont soumises depuis longtemps à un régime qui a pour but d'augmenter la consistance et de diminuer le nombre des selles; il est certain cependant qu'on est souvent exposé à une débâcle, quelque précaution qu'on ait prise, si la constipation est prolongée trop longtemps. Une débâcle, dans ces conditions, est bien plus dangereuse que l'expulsion des matières, provoquée avant la fin de la première semaine; la cicatrice est encore bien faible, et elle n'est plus soutenue par les sutures. Est-on sûr que, même au bout de quinze jours, la cicatrice sera bien résistante et ne pourra plus se rompre? Du reste, en admettant que tout se passe bien du côté de l'intestin, ne doit-on pas craindre qu'une constipation opiniâtre, provoquée par des doses d'opium assez fortes et longtemps prolongées, n'altère la santé générale et par conséquent ne nuise à la réunion?

Pour obtenir la constipation, on prescrira chaque jour l'extrait d'opium, et on donnera aux malades une alimentation spéciale. Quelques chirurgiens les mettent à la diète absolue. Ce régime a l'inconvénient de les affaiblir et de diminuer par conséquent la plasticité des tissus. Il faut donc donner une alimentation nourrissante et laissant peu de résidus. M. Trélat donne du vin, de la viande, mais peu de pain. Il ajoute à ce régime du vin de quinquina, et, au besoin, des préparations ferrugineuses.

Pendant tout ce temps on veillera à ce que les parties soient très proprement tenues.

---

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 5 avril 1876.

Les sutures périnéales pourront être enlevées de bonne heure ; on se guidera sur l'état des parties ; leur rôle est accessoire.

Les autres sutures devront être enlevées le cinquième ou le sixième jour. On enlevera d'abord les sutures profondes et une partie des sutures vaginales ; on reviendra aux dernières sutures vaginales le lendemain ou le surlendemain. Il est préférable, s'il n'y a pas d'indication contraire, de ne pas enlever du même coup toutes les sutures vaginales ; c'est une règle d'une application générale dans toutes les anaplasties. Pour enlever les sutures profondes, on coupe le fil d'un côté au point où il pénètre dans les tissus ; il n'y a plus qu'à le retirer du côté opposé. Les sutures vaginales s'enlèvent assez facilement en avant ; mais, en arrière, cela est plus difficile. Il arrive quelquefois qu'un fil est coupé au-dessus de l'anse qui reste dans les tissus. Il vaut mieux, dans ce cas, laisser les choses en place que d'écarter trop fortement les tissus. M. Richet rapporte un cas où une anse de fil resta dans le vagin ; il n'en résulta aucun inconvénient et, au bout de deux mois, elle fut éliminée spontanément.

Lorsque les fils sont enlevés, il faut redoubler de précautions ; insister sur les lavages et maintenir les cuisses rapprochées par une large bande de diachylum. La plus petite négligence peut alors compromettre le succès.

Même dans les cas les plus favorables, les parties sont loin d'avoir le bel aspect des anaplasties réussies d'emblée. Le trajet des fils profonds, au voisinage de leurs extrémités, suppure presque toujours un peu ; la peau, sous les plaques, est plus ou moins exulcérée, de façon que le périnée ressemble parfois à un crible. Il faut bien se garder de croire l'opération compromise ; toutes ces petites lésions disparaissent très-rapidement, pourvu qu'on prenne les précautions que nous avons indiquées.

Il arrive parfois que, malgré les plus grandes précautions, il se fait une légère déchirure de la portion anale du périnée lors de la première garde-robe. Cet accident se guérit souvent spon-

tanément ; en tout cas, on en vient à bout par quelques cautérisations. Il cause parfois beaucoup de soucis au chirurgien parce qu'il peut produire un peu d'incontinence des matières liquides ; on croit alors la guérison incomplète ; heureusement la cicatrisation de la déchirure, sauf dans des cas (1) très-exceptionnels, fait disparaître l'incontinence.

L'accident le plus fréquent est la persistance d'une fistule recto-vaginale ; le périnée s'est cicatrisé ; il n'en a pas été de même de la cloison. Nous croyons que la fréquence de cet accident tient surtout au procédé employé. M. Trélat ne l'a observé qu'une seule fois sur 11 cas, et encore la fistule était-elle si petite qu'elle ne donnait lieu à aucun trouble fonctionnel, et que c'est seulement trois ans plus tard qu'elle fut aperçue par M. Trélat. Lorsque la réunion de la cloison a manqué en un point, il ne faut pas désespérer de la guérison complète ; la fistule peut se fermer, grâce à quelques cautérisations ; il existe même plusieurs observations où la guérison, survenue spontanément, n'a été constatée que plusieurs mois après l'opération, alors qu'on croyait à un échec partiel.

Lorsque l'opération a réussi, les parties ont repris complètement leur forme primitive, le vagin et l'anus leurs fonctions. On ne saurait se faire une idée de la joie des malades, tourmentées depuis longtemps par l'incontinence des matières et des gaz, exposées à de nombreux ennuis conjugaux. Aussi voit-on revenir rapidement leur embonpoint, leurs couleurs et leur gaieté.

Ces malades peuvent devenir enceintes de nouveau. On manque de renseignements sur le sort du nouveau périnée au moment de l'accouchement. On trouve quelques rares observations où on dit qu'il a été de nouveau déchiré, soit partiellement, soit complètement. Mais le silence des auteurs semble indiquer ou bien que les femmes n'ont pas eu à redouter de nouvel accouchement, ou bien que le périnée a résisté.

(1) Je fais allusion au cas cité par Hue, et tiré de la pratique de Emmet. Je crois que dans tous les autres cas où l'incontinence a persisté il s'agissait d'un anus trop large. Peut-être en était-il de même dans le cas de Emmet.

VII. — *Statistiques.*

Je me suis déjà expliqué sur la valeur des statistiques. Je vais donner les résultats publiés par un certain nombre de chirurgiens, en les faisant suivre de quelques remarques critiques. Je ferai ensuite connaître les résultats de M. Trélat.

J'emprunte à Malgaigne (1) les statistiques de Roux, Dieffenbach, Baker-Brown.

Roux fit 17 fois la périnéorrhaphie. Il eut 3 morts et 4 insuccès dont 2 furent réparés plus tard, et 12 succès; sur ces 12 succès, 5 fois la réunion fut complète, 7 fois il y eut persistance d'une fistule recto-vaginale. En somme, sur 17 périnéorrhaphies, la guérison complète n'eut lieu que 5 fois, ce qui donne une proportion inférieure à un tiers. J'ajoute qu'on ne dit pas si dans les 5 cas la guérison fut complète d'*emblée* ou s'il n'y eut pas de fistule guérie quelque temps après. En outre, on n'établit pas de distinction suivant la profondeur de la déchirure.

Dieffenbach sur 7 opérations eut 4 fistules.

Baker-Brown, sur 65 cas, n'a eu que deux fistules. Cette statistique extraordinaire donne lieu, plus que toute autre, aux observations précédentes.

On trouve dans la thèse de M. Emmanuel Bourdon (2) les résultats de M. Richet. Il a eu 2 guérisons complètes d'emblée, 2 guérisons complètes après quelques accidents ; dans un cas la cicatrisation fut entravée pendant dix-sept jours par une diarrhée incoercible, dans l'autre il y eut une petite fistulette qui guérit au bout de quelques jours. Enfin, dans un cin-

(1) *Médecine opératoire*, 8e éd., par Lefort, t. II.

(2) Emm. Bourdon. Th. citée.

quième cas, observé par M. Bourdon, il y eut persistance d'une fistule recto-vaginale.

Les résultats de M. Demarquay ont été publiés, en 1864, par M. Launay (1). Il donne cinq observations. Dans trois cas le succès fut complet, mais il s'agissait dans un de ces cas d'une déchirure qui n'avait pas atteint toute l'étendue du sphincter, et dans le second, l'opération fut faite en deux fois, ce qui ne s'accorde guère avec la description du procédé de M. Demarquay. Dans les deux autres cas, une fois la cloison fut réparée complètement, mais le périnée le fut incomplètement; une autre fois il resta une fistule recto-vaginale. Ces résultats n'ont rien de bien démonstratif.

M. Verneuil (2) a publié les résultats suivants :

Il a fait deux fois la périnéorrhaphie pour des déchirures récentes, une fois au bout de trois semaines, une seconde fois au bout de trois jours. Dans le premier cas, l'insuccès fut complet. Dans le deuxième, la malade fut emportée par des accidents puerpéraux dix jours après son accouchement, et on ne put examiner la suture.

Il a opéré six déchirures anciennes. Deux fois le succès fut complet d'emblée; deux fois il y eut une fistule recto-vaginale qui disparut plus tard, spontanément dans un cas, après une seconde opération dans l'autre ; dans un cinquième cas, fistule recto-vaginale contre laquelle rien n'est tenté; enfin, dans un sixième, mort par érysipèle gangréneux.

Il est spécifié dans les observations de M. Richet et de M. Verneuil qu'il s'agit bien de déchirures totales, c'est-à-dire intéressant à la fois le périnée et la cloison.

On ne peut faire entrer en ligne de compte, dans une statistique, les observations isolées publiées par les auteurs. Un seul cas ne suffit pas pour apprécier les résultats que donne un procédé.

---

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1864, p. 138, 174, 188.

(2) Verneuil. *Mémoires de chirurgie. Chirurgie réparatrice*, 1re éd., 1877, t. I, p. 970.

Je ne puis rien dire de précis sur les résultats des chirurgiens américains ; je ne connais pas leurs statistiques. En France on n'a publié que quelques observations d'opérations faites plus ou moins suivant leurs principes. Je ne crois pas que nous ayons actuellement des données numériques suffisantes pour les apprécier. Je me borne à constater qne ces procédés jouissent en ce moment d'une certaine vogue près d'un certain nombre de jeunes chirurgiens. J'ignore complètement les statistiques des chirurgiens allemands.

M. Trélat a fait onze fois la périnéorrhaphie. Dans un cas il s'agissait d'une fistule recto-vaginale avec déchirure incomplète du périnée ; j'y reviendrai plus loin. Dans les dix autres il s'agissait de déchirures totales. Dans un cas la malade est morte trois jours après l'opération, emportée par une septicémie suraiguë. L'histoire de cette malade est rapportée dans une leçon clinique de M. Trélat ayant pour sujet l'influence de la température et de l'état de l'atmosphère sur le développement des accidents septicémiques (1). Dans un second cas il eut un insuccès complet. Il s'agissait d'une créole, nonchalante et molle, passant la plus grande partie de son temps à manger des friandises. Il fut impossible de la soumettre à un régime régulier ; malgré l'opération elle ne put mettre un frein à sa gourmandise ; aussi, dès le troisième jour, débâcle, issue de gaz, déchirure des sutures, gonflement inflammatoire des tissus. Il fallut enlever toutes les sutures, et l'opération échoua complètement.

Les huit autres cas sont des succès complets. J'ajouterai cependant quelques remarques sur trois d'entre eux. Une fois la guérison parut complète; le périnée était bien reformé; l'anus et le vagin avaient leurs dimensions normales ; il n'y avait plus issue involontaire des gaz. Trois ans après l'opération, M. Trélat examinant la malade, fut tout étonné de constater une toute petite fistule, par laquelle pouvait passer

(1) Cette leçon sera publiée dans le *Progrès médical*. Elle a été résumée dans la *Gaz. des hôp.*, 1er mai 1879.

un stylet très-fin. Comme la malade n'en éprouvait aucun inconvénient, il n'y toucha pas. C'est à cette observation que j'ai fait allusion plus haut. Dans une seconde observation, publiée par M. Ory (*Annales de gynécologie*, tome III, mars 1875, page 165), il s'agit d'une malade dont la guérison ne fut due qu'aux soins minutieux qui suivirent l'enlèvement des fils. La cloison fut complètement réparée, ainsi que la plus grande partie du périnée; la réunion avait échoué seulement au niveau de la fourchette, et ce fut pour satisfaire au désir de la malade que M. Trélat acheva la restauration du périnée.

La description du procédé de M. Trélat, contenue dans l'observation de M. Ory, présente quelques différences avec celle que nous avons donnée. Les petites modifications que M. Trélat a fait subir à son procédé sont le résultat de son expérience. J'ajoute à ce propos que dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* (5 avril 1876) on fait dire à M. Trélat qu'il fait l'avivement comme M. Le Fort. Cette assertion surprendrait le lecteur s'il ne savait que M. Trélat a été étranger à la rédaction du compte-rendu de la séance.

Je parlerai enfin d'une malade que M. Trélat a opérée cette année à la Charité. Le succès a été complet, malgré un petit accident. Trois jours après l'opération, la malade eut une selle, malgré l'opium et les précautions prises. Il en résulta une petite déchirure de la partie postérieure du périnée. Au bout d'une quinzaine de jours tout était cicatrisé, sauf la fissure en question. Malgré plusieurs cautérisations au nitrate d'argent la cicatrisation ne se faisait pas. Comme son état général n'était pas très-satisfaisant, qu'elle était pâle et faible, M. Trélat résolut de l'envoyer au Vésinet. Le jour de son départ on l'examina; on vit alors quelques gouttes de matières intestinales liquides s'écouler en bavant de l'orifice anal. M. Trélat n'attacha aucune importance à cette incontinence rudimentaire, cautérisa la déchirure, et fit partir la malade, convaincu que le séjour à la campagne, en rétablissant la santé, ferait disparaître les dernières traces de ce petit accident. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis son départ.

Dans les autres cas, d'après les renseignements que m'a donnés M. Trélat, la guerison fut complète d'emblée.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE DANS LES DÉCHIRURES COMPLÈTES N'ATTEIGNANT PAS LA CLOISON ET DANS LES DÉCHIRURES INCOMPLÈTES.

Je serai très-bref. Je ne veux pas faire une étude complète de ces lésions et des nombreuses opérations qu'on leur a opposées. Je me propose simplement de montrer que le procédé de M. Trélat leur est applicable, et qu'il a l'avantage d'être simple et d'un effet certain.

Il n'y a pas grand intérêt à exhumer tous les procédés employés dans ces cas, d'autant mieux qu'en les décorant du nom de « procédés » on fait beaucoup d'honneur à certaines opérations faites sans méthode. On réussit presque toujours et d'autant plus sûrement que la déchirure est moins profonde.

On fera l'opération comme nous l'avons décrite pour les déchirures totales. On soumettra les malades à la même préparation ; on fera l'avivement d'après les mêmes principes, mais on conçoit que l'étendue de la déchirure doive modifier un peu sa forme. On fera une suture vaginale, une suture profonde rectiligne avec 2 ou 3 fils, suivant les cas, enfin une suture périnéale superficielle.

M. Richet (1) a fait remarquer que, malgré la facilité de la guérison des déchirures qui ne dépassent pas le sphincter, il subsiste souvent une petite fistule *vagino-périnéale*, située au point de rencontre du vagin et de la face postérieure du nouveau périnée. Pour y remédier il a imaginé un procédé ingénieux. Il

(1) *Union médicale*, 3e série, t. VII, n° 6, 16 janvier 1869, p. 63. Leçon recueillie par Felizet.

décolle deux petits lambeaux vaginaux, qu'il accole par leurs surfaces cruentées et qui forment ainsi une crête de niveau avec l'angle supérieur du nouveau périnée.

L'accident signalé par M. Richet est réel, et son procédé est excellent pour y remédier, mais il n'est pas nécessaire d'y avoir recours. Dans le procédé de M. Trélat, l'accolement des surfaces vaginales avivées et suturées comme nous l'avons indiqué, produit une crête tout à fait analogue à celle que réalisent les lambeaux de M. Richet.

Lorsque la déchirure est peu profonde, on peut quelquefois réparer le périnée par un procédé fort simple. Il suffit de diviser, par une incision profonde, les surfaces déchirées, de façon à former de chaque côté deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur. Ceci fait, on les écarte dans le sens vertical, et on les rapproche dans le sens transversal. On les adosse ainsi par leurs surfaces cruentées.

On décrit parfois dans les auteurs, sous le titre de : « Opérations pour la déchirure incomplète du périnée, » des opérations assez compliquées qui ont surtout pour but de rétrécir la vulve, et qui, du même coup, guérissent la déchirure. Nous n'avons évidemment pas à nous en occuper.

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE DANS LE TRAITEMENT DES FISTULES RECTO-VAGINALES.

Je ne ferai pas l'histoire des fistules recto-vaginales, ni celle des nombreuses opérations qu'on a proposées pour les guérir. Je veux seulement montrer que le procédé de périnéorrhaphie de M. Trélat leur est applicable lorsqu'elles s'accompagnent de déchirure incomplète du périnée, et que, dans les cas où elles sont isolées, elles sont encore justiciables de la même opération, légèrement modifiée.

En dehors des cas où la cloison est perforée par l'ulcération

d'un cancer où l'ouverture d'un abcès développé au-dessus d'un rétrécissement du rectum, les fistules recto-vaginales reconnaissent presque toujours la même cause que les déchirures du périnée, c'est-à-dire un accouchement laborieux. Elles produisent les mêmes troubles fonctionnels que ces déchirures. Je ne parle ni des fistules ano-vulvaires qui rentrent dans le groupe des fistules anales, ni des cas rares où, par suite de l'étroitesse de la fistule où d'une disposition spéciale des bords, elles passent inaperçues des malades.

Les fistules recto-vaginales ont été longtemps considérées comme à peu près incurables. Au dire de M. Richet (1), Jobert et Nélaton auraient renoncé, à la fin de leur carrière, à les opérer, et M. Gosselin aurait suivi leur exemple.

L'adaptation à leur traitement des procédés américains de Sims et de Bozeman, pour les fistules vésico-vaginales, réalisa un grand progrès. Malgré cela les échecs sont encore fréquents. Aussi a-t-on proposé diverses opérations préliminaires pour vaincre la résistance du sphincter. M. Richet, dans un cas, a incisé le périnée et a transformé la fistule en déchirure totale; plus tard, il a abandonné cette pratique et l'a remplacée par la dilatation brusque du sphincter avant l'opération. M. Verneuil a réussi une fois d'emblée (2); il s'agissait d'une fistule située profondément. Dans trois autres cas, où la fistule était située à l'union du vagin et du périnée, il fut moins heureux. Deux fois la réunion échoua d'abord, mais se fit plus tard, et la guérison fut complète; dans le troisième cas, il échoua constamment, bien qu'il eût fait une fois la rectotomie linéaire, et qu'une autre fois il ait incisé la paroi antérieure du rectum, après l'avoir séparée du vagin par la dissection. Il proposa à la malade de fendre complètement le périnée, mais celle-ci refusa.

(1) *Ann. de gyn.*, t. V, juin 1876, p. 401. *De la fistule recto-vaginale.* Leçon recueillie par Longuet.

(2) *Mémoire de chirurgie. Chirurgie réparatrice*, t. I, p. 945.

Ces exemples, que j'aurais pu multiplier, montrent suffisamment les difficultés de l'opération. Dans un cas de fistule recto-vaginale avec déchirure incomplète du périnée M. Trélat fit l'opération de la périnéorrhaphie telle que je l'ai décrite, et il eut d'emblée un succès complet.

Il opéra absolument comme s'il s'agissait d'une rupture totale du périnée et de la cloison, mais il ne fendit pas le périnée. Il fit l'avivement tel que nous l'avons décrit; seulement entre l'anus et l'angle antérieur de la fistule, les deux surfaces cruentées se confondaient sur la ligne médiane; il fit une suture vaginale, une suture profonde avec de gros fils d'argent, en leur faisant décrire un trajet rectiligne, et il termina l'opération par une suture périnéale superficielle. Cette opération se distinguait de celles de MM. Richet et Verneuil par l'étendue de l'avivement prolongé en avant sur le périnée, et latéralement au-dessous des grandes lèvres par l'application d'une suture profonde, et par l'absence de toute dilatation ou section de l'anus. L'opération avait été faite absolument comme s'il s'agissait d'une rupture totale; la seule différence consistait dans l'intégrité d'une partie du périnée.

M. Trélat n'a pas eu l'occasion d'opérer de fistule recto-vaginale sans lésion du périnée. S'il se trouvait en présence d'un cas semblable il ne modifierait pas son procédé. L'avivement pourrait être moins étendu en avant; mais à la suture vaginale il ajouterait une suture enchevillée profonde.

CONCLUSIONS

I. — *Déchirures récentes.*

Si la déchirure est incomplète la guérison sera presque toujours obtenue facilement par la position ou les serre-fines. — Si la déchirure est complète la suture échoue presque toujours, et n'est peut-être pas sans dangers.

II. — *Déchirures anciennes.*

1° *Préparation.* — S'il existe des complications du côté des organes voisins, et surtout du côté de l'intestin, on les fera disparaître avant de pratiquer l'opération. — On videra l'intestin la veille et le jour de l'opération.

2° *Avivement.* — L'avivement sera fait d'après les règles adoptées pour la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire qu'il portera uniquement sur la muqueuse vaginale, le rectum étant respecté, et qu'il occupera une large surface.

3° *Sutures.* — On ne fera pas de suture rectale. — La suture vaginale sera faite suivant les règles adoptées pour la fistule vésico-vaginale. — La suture profonde sera pratiquée avec deux ou trois gros fils métalliques, dont le trajet sera aussi rectiligne que possible. Pour obtenir ce résultat, on les fera pénétrer dans les tissus à 4 ou 5 centimètres des bords de l'avivement périnéal. Chacune de leurs extrémités sera fixée au moyen d'une plaque de plomb. — On terminera par une suture périnéale superficielle.

4° *Soins consécutifs.* — La constipation sera prolongée pendant cinq à six jours. La veille du jour où on enlèvera les sutures on provoquera une garde-robe par un léger laxatif. — Les jours suivants on redoublera de soins et de précautions jusqu'à ce que la cicatrice soit solide.

III. — La même opération est applicable :

a. A la déchirure complète du périnée, s'étendant sur la cloison, ou déchirure totale.

b. A la déchirure complète, ne dépassant pas la cloison.

c. A la déchirure incomplète.

d. A la fistule recto-vaginale, accompagnée de déchirure incomplète.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Inversion utérine. — Métrorrhagies. — Insuccès des tentatives de réduction. — Amputation de la partie inversée par la ligature élastique. — Guérison. — Les observations d'amputation de l'utérus inversé au moyen de la ligature élastique ne sont pas encore tellement nombreuses qu'il n'y ait intérêt à publier les faits nouveaux. Dans un mémoire présenté à l'Association française et publié dans la *Gazette hedomadaire* du 11 octobre 1878, M. le professeur Courty, de Montpellier, a tracé, d'une façon magistrale, les règles à suivre dans le traitement de l'inversion utérine. Je me suis scrupuleusement conformé dans ma conduite aux principes posés par ce maître éminent.

Marie A..., 18 ans, entre à l'hôpital d'Orléansville (Algérie), le 2 octobre 1878. Premier accouchement il y a 8 mois. L'extraction du délivre fut tentée rapidement, presque immédiatement après la sortie de l'enfant. Le placenta fut arraché en entier, mais avec des efforts assez violents, de vives douleurs et une hémorrhagie considérable qui persista sans interruption pendant trois semaines. Les docteurs W. et B., appelés le lendemain de l'accouchement, reconnurent immédiatement le renversement de la matrice, mais il leur fut impossible d'en obtenir la réduction.

Depuis ce moment aucune nouvelle tentative n'a été faite. A chaque époque menstruelle l'hémorrhagie se reproduit, douloureuse et abondante; l'écoulement sanguin se prolonge pendant 15 jours, 3 semaines, et reparaît sous les influences les plus légères. La malade ne marche qu'avec difficulté, les douleurs dans le bas-ventre sont continuelles, les selles rares et pénibles, l'anémie profonde. Ces troubles, joints à un écoulement purulent, fétide, excessivement abondant, rendent tout travail impossible.

Ventre souple, sensible dans la région hypogastrique. Dans le vagin, tumeur arrondie, molle, dépressible, peu douloureuse au toucher. Après quelques jours de repos et des injections vaginales avec une

solution d'alun et de perchlorure de fer, l'écoulement sanguin cesse, et l'examen devient possible.

11 *octobre*. Le palper abdominal, seul, ne fait pas constater la présence de l'utérus au-dessus des pubis. Au toucher vaginal, debout, la tumeur est rapprochée de la vulve, et assez dure. La malade couchée, on constate dans le vagin une tumeur arrondie, lisse, molle, facile à déprimer, mais revenant immédiatement sur elle-même, de la grosseur d'une moyenne orange. Son pédicule est très-large et entouré par un bourrelet circulaire, formé par les lèvres du col utérin. Le doigt pénètre facilement entre ce bourrelet et le pédicule de la grosseur, mais il est presque immédiatement arrêté, et on s'assure aisément qu'il y a continuité des tissus entre ce pédicule et les lèvres du col utérin. En dehors du bourrelet cervical, les culs-de-sac vaginaux présentent la profondeur normale. L'examen n'est pas très-douloureux, mais il occasionne une assez forte perte de sang.

Le doigt peut mouvoir la tumeur dans tous les sens ; mais la main gauche déprimant l'hypogastre ne sent rien remuer sous les doigts.

Au toucher rectal on constate la présence de la grosseur saillante vers l'intestin, le rebord circulaire du col, et au-dessus quelque chose de résistant; mais le doigt n'arrive pas jusqu'au fond de bouteille que *Courty* signale comme formé par le fond de l'utérus inversé. La combinaison du toucher rectal avec le cathétérisme vésical, pratiqué avec une sonde d'homme, dont la concavité est tournée vers le sacrum, ne nous réussit pas mieux. Impossible d'amener au contact le bec de la sonde et le doigt placé dans l'intestin. Nous en concluons que l'inversion n'est sans doute qu'incomplète.

L'examen au spéculum montre au fond du vagin la tumeur lisse, d'un rouge vineux, veloutée, baignée par du muco-pus sanguinolent. A sa surface, aucun orifice qui rappelle l'ouverture normale du col, pas plus que les ouvertures des trompes. Autour de son pédicule, presque aussi volumineux que la grosseur même, on distingue nettement un bourrelet circulaire. Une sonde s'engage facilement entre les deux, mais après avoir parcouru 1 à 1/2 centimètre, elle est arrêtée au fond de la rigole et sur aucun point elle ne peut pénétrer plus profondément. Un léger effort de la malade rend la tumeur plus grosse et la pousse entre les vulves du spéculum, presque jusqu'à l'orifice vulvaire, mais la moindre poussée avec le doigt la fait rentrer au fond du vagin. Si on fait lever la patiente, la tumeur ne descend pas subitement mais reste à demi-chemin du conduit vaginal.

Cette exploration complète ne permettait aucun doute sur le diagnostic, l'inversion de l'utérus était indiscutable. L'hémorrhagie abondante occasionnée par l'examen s'arrêta rapidement par l'emploi d'injections astringentes.

N'ayant pas encore connaissance du mémoire de M. le professeur *Courty*, et du succès obtenu par lui à l'aide du pessaire à air de *Gariel*, je me décidai à essayer la réduction par des manipulations directes.

10 *octobre*. — La malade anesthésiée, j'appliquai le spéculum bivalve de *Cusco*, et saisissant l'utérus avec des pinces de *Museux*, je l'amenai sans efforts jusqu'au dehors de la vulve. L'inversion s'était complétée, le bourrelet circulaire formé par les lèvres du col avait presque complètement disparu. Rien de plus facile, en ce moment, que de constater *de visu* la continuité du pédicule de la tumeur avec le col utérin. Lavée avec une solution phéniquée, la surface de la grosseur se montre tout à fait uniforme, l'examen le plus attentif ne fait pas découvrir les orifices des trompes.

Introduisant dans le rectum le médius et l'index droits, je sens parfaitement la bride formée par les ligaments utéro-sacrés. Les doigts recourbés en crochet l'accrochent aisément de chaque côté et maintiennent le col dans la concavité du sacrum. Avec la main gauche, j'embrasse la tumeur et la fais rentrer dans le vagin, et la maintenant à l'ouverture de ce conduit, je presse avec le pouce au fond de la rigole formée par la saillie des lèvres pour obtenir la réduction des parties sorties les dernières. Mais ces tentatives échouent. Ou bien, sous la poussée des doigts, l'utérus bascule complètement, et son fond se portant en arrière, la bride saillante formée par les ligaments utéro-sacrés s'efface complètement, cesse de fournir un point d'appui à l'action de la main droite, et la manœuvre est à reprendre ; ou bien l'index et le médius droits, rapidement fatigués, se rapprochent et forment une sorte de pince qui s'oppose à la rentrée du corps de l'utérus, plus qu'elle ne la favorise.

Les lèvres du col, souples, molles, non contractées, n'indiquent pas l'utilité des débridements conseillés par quelques auteurs. Après vingt minutes d'efforts modérés, après avoir alternativement employé la main droite et la main gauche pour fixer les ligaments utéro-sacrés, je m'arrête, les doigts horriblement fatigués, sans avoir obtenu le moindre résultat.

Appuyant fortement la main gauche sur l'hypogastre pour empêcher l'utérus de remonter (manœuvre parfaitement utile, j'en fus rapide-

ment convaincu), j'exerçai sur le fond de la tumeur des pressions lentes et progressives, mais toujours prudentes, d'abord avec la main droite portée dans le vagin et embrassant la grosseur comme une hernie qu'on cherche à réduire, puis avec un fort tampon d'ouate porté par une pince. L'utérus, sous la pression, fuyait au fond du vagin, mais de réduction aucune apparence.

L'hémorrhagie, assez forte, s'arrête rapidement, et ces tentatives prolongées ne sont suivies d'aucun accident. Leucorrhée abondante, écoulement pendant quelques jours de muco-pus sanguinolent, très-fétide.

La malade est mise à un régime tonique, l'état général s'améliore, les règles arrivent vers la fin du mois et ne durent que cinq jours; mais l'écoulement purulent persiste au même degré.

10 *novembre*. — Le toucher vaginal montre que les parties sont revenues au même état qu'à l'entrée de Marie A... à l'hôpital. Je place dans le vagin un pessaire en caoutchouc, à air, de Cariel, modérément gonflé et maintenu par un bandage en T. Quelques douleurs légères dans la journée et le lendemain.

12 *novembre*. — Le pessaire bien en place est gonflé plus fortement. Douleurs dè contractions dans la journée, parfaitement supportables. Écoulement de pus sanguinolent. Repos absolu, au lit; injections détersives fréquentes.

14 *novembre*. — J'insuffle le pessaire au maximum; il est très-bien supporté, n'amène pas de fortes douleurs utérines. L'appétit est conservé; pas de fièvre, pas de douleurs du ventre à la pression.

19 *novembre*. — L'abondance de l'écoulement sanguin nous oblige à ôter le pessaire; l'inversion est la même, aucun commencement de réduction; l'hémorrhagie s'arrête dans la soirée.

23 *novembre*. — Je réapplique le pessaire à air, avec tout le soin possible, pour que la pression s'exerce bien sur le fond de la tumeur, et, dans le but de déterminer des contractions utérines, j'ai porté la dilatation de la poche élastique immédiatement à son maximum. Dans la journée, quelques douleurs qui se calment le soir, mais sont suivies d'une hémorrhagie tellement abondante, malgré des injections astringentes répétées et des compresses froides sur les cuisses et à l'hypogastre, que je me décide à ôter l'instrument, le 24 novembre, après 24 heures d'application; la tumeur n'est aucunement modifiée.

9 *décembre*. — Après quelques jours de repos, traversés par une métrorrarhagie spontanée, facilement arrêtée, je me décide, sur les in-

stances de la malade, à tenter de nouveau l'emploi du pessaire à air. Cette tentative n'est pas plus heureuse que les deux précédentes; le sang arrive à flots, dès le 11 décembre, et sans qu'il se soit produit la moindre colique utérine. La poche enlevée l'hémorrhagie disparaît rapidement. Évidemment il n'y a plus à compter sur ce moyen d'action.

La malade dont le moral est affecté, et qui se voit dans l'impossibilité de gagner sa vie, me demande d'en finir, même au prix d'une opération. Avant d'en venir à l'amputation de l'utérus, moyen extrême, j'obtiens de tenter encore une réduction manuelle.

Mes premiers essais m'avaient parfaitement montré que le point difficile est la fixation du col utérin pendant les manœuvres. Appliquer des érignes doubles ou des pinces de Museux sur le bourrelet du col, c'était s'exposer à des déchirures du tissu, à des inflammations consécutives, sans aucune sécurité pour la fixation recherchée. Un instant, je songeai à passer de chaque côté, dans les lèvres du col, une anse de fil ciré, fort, résistant, dont les chefs seraient confiés aux aides chargés de maintenir les membres inférieurs. Je reculai devant la crainte de voir céder les tissus.

Mais un point surtout m'avait frappé dans ma première tentative, et j'avais décidé de modifier au besoin le procédé, si bien et si méthodiquement décrit par le professeur *Courty* dans son Traité des maladies de l'utérus. Maintenir avec l'index et le médius de la main droite des ligaments utéro-sacrés, tendus par l'abaissement de l'utérus, est chose fort pénible ; si la manœuvre se prolonge, les doigts fatigués tendent à se rapprocher, et s'opposent alors au passage de la partie inversée au travers du canal déjà trop reserré, formé par le col utérin. Pour obtenir la dilatation de cet anneau musculaire, il faut que la traction exercée par les doigts se fasse en arrière et en dehors, les phalangettes recourbées en crochet venant prendre point d'appui vers les parties latérales du bassin, vers les tubérosités ischiatiques. Or une telle action ne peut être obtenue en se servant de l'index et du médius, si ce n'est au prix d'une fatigue excessive et seulement pendant un instant.

24 *décembre*. — La malade anesthésiée, et la tumeur amenée doucement avec les doigts au dehors de la vulve, pour faire saillir les ligaments utéro-sacrés, j'introduis mon indicateur droit dans le rectum, j'accroche le ligament utéro-sacré droit et le maintiens, en pressant presque directement en dehors vers la cuisse de la malade. Un

de mes collègues, le Dr *Breton*, placé au côté gauche, introduit dans l'intestin son indicateur gauche, accroche le ligament utéro-sacré et le maintient en pressant de côté. La manœuvre s'exécute très-facilement, la dilatation de l'anus n'a rien d'excessif, les doigts fixateurs n'agissant que par leur phalange repliée, et l'immobilité de l'utérus est maintenue presque sans fatigue pendant un temps suffisant.

Cette fois encore toutes mes tentatives restent vaines. Successivement, avec les doigts de la main gauche et surtout avec le pouce, j'agis sur les fonds du sillon utéro-cervical, sur les côtés de la tumeur pour faire rentrer une des cornes (*Courty*), sur la tumeur entière ; je n'obtiens aucun résultat.

Vers la fin de l'opération, mes tentatives furent considérablement gênées par les poussées instinctives de la malade, qui projetaient l'utérus en avant. Plusieurs fois déjà j'ai remarqué, pendant des opérations sur l'utérus ou le rectum, ces mouvements d'expulsion, qui se produisent même alors que l'anesthésie est portée à ses dernières limites.

L'hémorrhagie avait été considérable, et continuait malgré des lavages répétés avec une solution fortement astringente. Je n'étais pas sans inquiétude sur les suites d'un traumatisme aussi prolongé, tant du côté de l'utérus que du côté du rectum.

Cependant tout se passe pour le mieux. Quelques douleurs dans la défécation ; un écoulement de sang pur pendant trente-six heures, puis de pus sanguinolent pendant deux jours, et tout rentra dans l'ordre ; mais la patiente était épuisée, moralement surtout.

2 *janvier*. — Métrorrhagie légère, rapidement arrêtée. Leucorrhée purulente toujours considérable. La malade réclame une opération radicale. Convaincu de l'impossibilité de la réduction, et désireux de mettre cette pauvre fille en position de gagner sa vie, je me décidai, non sans hésitation, je l'avoue, à pratiquer l'amputation de l'utérus inversé par la ligature élastique.

7 *janvier*. — L'intestin vidé avec soin, la malade anesthésiée, j'amène la tumeur hors de la vulve, en l'attirant doucement avec les doigts. De nouveau, je constate la continuité du pédicule de la grosseur avec le bourrelet circulaire formé par les lèvres du col. Après avoir doucement comprimé la tumeur pour en chasser le sang, je presse entre deux doigts son pédicule, de bas en haut, dans le but de repousser une anse d'intestin qui, chose possible quoique peu probable, pourrait s'être insinuée dans la cavité de l'utérus inversé.

L'anse métallique d'un serre-nœud est alors appliquée sur le pédicule, au-dessous des doigts et du bourrelet cervical, et la constriction poussée jusqu'à ce que le sang cesse de suinter à la surface de l'utérus. Protégeant les parties voisines avec des attelles épaisses de carton, je trace immédiatement au-dessous de l'anse métallique, avec un cautère porté au rouge sombre, un sillon de quelques millimètres de profondeur. Dans ce sillon je place ma ligature élastique, formée par un tube de caoutchouc (tube à drainage) de 4 millimètres de diamètre environ, dont j'avais au préalable éprouvé la solidité. La ligature est assez fortement serrée, et ses deux chefs sont fixés par un fil ciré. J'ai soin de conserver aux chefs du tube élastique ainsi qu'aux bouts du fil ciré une longueur assez grande pour que la tumeur rentrée dans le vagin ils sortent au dehors de la vulve et servent de guides en cas de besoin.

Le serre-nœud enlevé, je lave l'utérus avec une solution phéniquée à 1 0/0 ; je nettoie le vagin par quelques injections détersives, et je repousse doucement la tumeur et les liens au fond du conduit vaginal. Pas une goutte de sang.

La malade est reportée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses rapprochées et légèrement fléchies. L'immobilité absolue lui est recommandée. Douleurs vives, immédiates.

5 *heures du soir*. — Les douleurs persistent, violentes, sutout dans le vagin, le bas-ventre et les reins. Une pilule d'extrait d'opium de 1 centigramme toutes les heures. Pommade mercurielle belladonée en larges onctions sur le ventre. Eau de seltz. Potion avec 5 grammes d'hydrate de chloral. Injection sous-cutanée de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, à 9 heures le soir, en raison de l'intensité des douleurs. Température 37,8. Pas de vomissements, la nuit n'est pas trop mauvaise.

8 *janvier*. — Injections vaginales avec dose phéniquée à 1 0/0, très douloureuses. Ventre non ballonné ; mixtion facile. Les douleurs, légères le matin, augmentent dans la soirée, surtout dans les reins. Pouls fréquent, peau chaude. Écoulement par le vagin de liquide séreux, non odorant. Pas de vomissements.

Extrait thébaïque, 5 centigrammes. Chloral, 5 grammes. Onctions belladonées. Injection de chlorhydrate de morphine, 2 centigrammes.

Température axillaire : — matin : 37,4 — soir : 38,1

9 *janvier*. — Nuit passable. Écoulement vaginal séro-purulent, peu odorant. Peau chaude et sèche de la main, ventre souple ; dou-

leurs persistantes. Injections phéniquéés très-pénibles ; sensation de brûlure. Abrutissement opiacé. Mange un peu. Pas de vomissements.

Extrait d'opium, 5 centigrammes. Chloral, 2 grammes. Le soir, injection de morphine.

T. A. : — matin : 37,6 — soir : 38,5.

10 *janvier*. — Nuit bonne. La malade s'étant levée pour changer de lit, malgré ma défense, les douleurs deviennent plus vives le soir; pouls fréquent, peau chaude. Pas de vomissements.

Extrait d'opium, 3 centigrammes. Chloral, 5 grammes. Pommade belladonée en larges onctions sur le ventre.

T. A. : — matin : 37,6 — soir : 38,5.

11 *janvier*. — Bien, peu de douleurs. Injections phéniquées.

T. A. : — matin : 37,6 — soir : 38,1.

12 *janvier*. — Nuit mauvaise, agitation. Pas de ballonnement du ventre, mais douleur de la pression dans la fosse iliaque droite. N'a pas eu de selles depuis l'opération, soit cinq jours. Le soir, la figure est violacée, cependant il n'y a pas de fièvre.

Même prescription.

T. A. : — matin : 36,5 — soir : 37,5.

13 *janvier*. — Nuit agitée. Écoulement vaginal séro-purulent, peu abondant et presque sans odeur. Les injections phéniquées sont toujours cuisantes et très-douloureuses, quoique faites avec beaucoup de précautions. Anorexie. Pas de selles.

Le toucher vaginal, pratiqué très doucement, montre que la tumeur gonflée, dure, chaude, douloureuse à la pression, remplit complètement la cavité vaginale. Je n'insiste pas pour arriver jusqu'au lien constricteur.

Extrait thébaïque, 5 centigrammes en 5 pilules, 2 paquets de rhubarbe de 1 gramme chaque. Chloral, 5 grammes pour la nuit.

T. A. : — matin : 36,8 — soir : 37,2.

14 *janvier*. — Quelques selles ont amené un grand soulagement. Les injections phéniquées, toujours douloureuses, sont remplacées par des injections avec une solution de chlorure de zinc, 2 grammes pour 1 litre d'eau.

T. A. : — matin : 36,1 — soir : 37,2.

15 *janvier*. — T. A. : — matin : 37 — soir : 37,2.

16 *janvier*. — T. A. : — matin : 36,5 — soir : 37.

Dans la nuit, la malade est prise de coliques violentes qui amènent

plusieurs selles, presque coup sur coup. Dans ses efforts, elle expulse un corps grisâtre, volumineux, qui est jeté avec les matières ; la patiente l'a pris pour un caillot de sang.

17 *janvier*. — T. A. : — matin : 36,4 — soir : 37.

18 *janvier*. — État excellent, ventre souple et indolore. A l'examen, douleur à l'entrée de la vulve dont les parois sont un peu gonflées. Lentement, je glisse l'index le long de l'anse de caoutchouc, et j'arrive au fond du vagin sans trouver trace de la tumeur utérine. Doucement je tire sur les chefs du tube de caoutchouc, qui casse sous la traction et est amené au dehors. L'anse élastique est intacte, et entraîne avec elle une sorte de cylindre *charnu*, à peine de la grosseur du petit doigt, de couleur grisâtre et imprégné de pus. Au fond du vagin le doigt constate quelque chose, comme un bourgeon mollasse, insensible, mais aucune trace de la tumeur primitive. J'étais fort surpris du résultat, et cherchais en vain à m'expliquer la disparition complète de l'utérus inversé. Je me demandais si la pression lente, continue, exercée par le sac élastique, n'avait pas eu pour résultat de faire rentrer la portion inversée, l'anse de caoutchouc glissant peu à peu de haut en bas, à mesure que se faisait la réduction. Cependant le toucher montrait que la matrice n'avait pas repris sa forme normale. C'est alors seulement que la malade me parla du corps expulsé dans la nuit du 16, et jeté avec les selles.

A partir de ce moment, l'écoulement purulent diminua rapidement sous l'influence d'injections légèrement astringentes ; la malade ne voulut plus garder le lit, se leva bientôt tout le jour, et, après un dernier examen, sortit de l'hôpital en parfaite santé à la fin de janvier. Elle est actuellement en condition, et peut se livrer aux plus rudes travaux sans douleur et sans fatigue.

26 *janvier*. — Au toucher vaginal, on sent au fond du canal une sorte de paroi lisse, uniforme, molle, peu sensible, bornée par une sorte de bourrelet circulaire, à peine élevé de quelques millimètres, et formé par les lèvres du col utérin. C'est le même bourrelet qui entourait le pédicule de la tumeur avant l'opération. Les culs-de-sac utéro-vaginaux ont leur profondeur normale ou à peu près. On ne constate rien qui rappelle le corps de la matrice, et l'extrémité du doigt n'a pas conscience de la présence d'une ouverture au milieu de cette surface plane qui ferme en haut le conduit vaginal. Le toucher rectal, seul, ou combiné avec la palpation hypogastrique, ne donne pas d'indication précise sur la présence ou l'absence du corps de la

matrice. Il est juste de remarquer que le vagin étant très-long, le doigt atteint à peine sa paroi profonde.

Au spéculum, on voit au fond du vagin, bien déplissé, une surface rouge, granuleuse, régulière, de 3 à 4 centimètres de diamètre dans le sens transversal, un peu moins d'avant en arrière, bordée par un bourrelet très-léger, offrant l'aspect des lèvres du col distendues et écartées. Au centre de cette surface, un mucus épais, visqueux, blanc, fort difficile à détacher au pinceau. En pressant légèrement pour enlever cette matière, on éprouve la sensation d'une paroi mince, peu résistante, aisée à déprimer. Cette couche de mucus cache une fente linéaire, transversale, de 1 à 1 centimètres 1/2 de largeur, sans aucun froncement des lèvres, sans aucune trace de tissu cicatriciel.

Peut-être eût-il été intéressant d'engager une sonde dans cet orifice pour en mesurer la profondeur, mais cette exploration me parut tellement dangereuse que je ne m'y arrêtai pas.

Restait à examiner le cylindre de tissus entraîné par l'anse élastique. La perte de la tumeur m'avait été fort pénible, car elle laissait planer quelques doutes sur la réalité de l'amputation utérine. De plus, son examen histologique présentait un très-grand intérêt.

Déjà dans un essai d'amputation du prépuce par deux anses de fil élastique, comprenant chacune une des moitiés latérales de cet organe, j'avais constaté que le lien de caoutchouc n'agissait pas, dans ces conditions, par section directe, ulcérative, au point comprimé, mais bien en déterminant la mortification des tissus, mortification qui pouvait s'étendre à plusieurs millimètres au delà du lien constricteur. L'action du fil élastique m'a paru différente dans le cas où l'anse est appliquée sur des parties qui conservent par ailleurs leurs connexions vasculaires. Ainsi dans la section dorsale du prépuce, suivant le procédé de *Jude Hüe*, de Rouen.

Quoi qu'il en soit, je constatai que l'anse de caoutchouc appliquée sur l'utérus inversé était restée intacte, et enserrait un petit cylindre de tissu de 3 à 4 millimètres de diamètre au niveau du lien, et se renflant en tablier de chaque côté, de manière à présenter près de 1 centimètre d'épaisseur. La longueur totale de ce bouchon était de 1 centimètre 1/2 environ. Débarrassé du pus dont il était imprégné, il offrait à la vue trois parties d'aspect différent. Au milieu, point d'application du fil élastique, un anneau étroit, de tissu blanc, nacré, dense et très résistant. Au-dessus du lien, un tissu rougeâtre, rap-

pelant le tissu utérin, assez consistant, une section assez régulière, et une surface extérieure lisse et unie.

Au-dessous du lien, un tissu grisâtre, mou, friable, comme une eschare encore imprégnée de pus, une surface irrégulière et effilochée. Sur la coupe, aucune trace de cavité n'était reconnaissable. Au microscope, dans la partie au-dessus du lien, on reconnaît encore par places les fibres-cellules du tissu utérin avec leur disposition normale. Il en est de même, mais à un degré beaucoup moindre, dans l'anneau de constriction, après durcissement dans l'alcool. Quant à la partie placée au-dessous de l'anse élastique, je n'y ai trouvé, après dissociation, que des globules granuleux en masses plus ou moins irrégulières et des masses de pigment. J'ajoute que mes connaissances micrographiques et mes moyens d'étude fort limités ne m'ont pas permis un examen plus complet.

Mais si imparfait qu'il soit, cet examen me permet de conclure que le résultat cherché, l'amputation de la partie inversée, a été obtenu, et que l'anse élastique n'a pas agi par ulcération des parties directement comprimées, mais par la mortification des tissus au-dessus et au-dessous, et à une certaine distance du lien constricteur.

Cette observation montre une fois de plus l'innocuité de la ligature élastique, appliquée à l'amputation de l'utérus inversé. Ainsi que l'a si bien dit M. le professeur *Courty*, avec le repos absolu et des injections détersives fréquentes, cette opération, qui s'accompagne forcément de la lésion du péritoine, est remarquable par son extrême simplicité. Si les douleurs sont violentes dans les premiers jours, on y remédie aisément par les opiacés à l'intérieur ou la morphine en injections sous-cutanées. Peut-être, cependant, serait-il bon de ne pas maintenir la constipation trop longtemps pour éviter une agitation nerveuse, telle qu'elle s'est produite chez notre malade vers le cinquième jour.

Ainsi que l'indiquent les températures axillaires, prises chaque jour, matin et soir, jusqu'au 17 janvier, la fièvre est restée très-modérée. Le troisième et le quatrième jour, le thermomètre donne 38°,5 le soir, 37°,6 seulement le matin, puis la chaleur tombe dès le cinquième jour dans les limites normales.

La chute de la partie inversée est, sans doute, d'autant plus rapide que la constriction est plus énergique. Ici, la tumeur s'est détachée dès la fin du neuvième jour. J'étais loin de m'y attendre, surtout après mon examen du 13 janvier. Je n'avais pas serré le lien d'une

façon très énergique, et je craignais, au contraire, d'être obligé d'augmenter la constriction. C'est dans cette crainte que j'avais conservé aux chefs du tube de caoutchouc une très-grande longueur. Leur sortie de la vulve m'eût permis d'attirer aisément la tumeur au dehors. Pour éviter la perte de la partie amputée, en cas de chute spontanée, avant le terme attendu, il est nécessaire de faire conserver les selles et les urines, et de les examiner chaque jour.

Une dernière question se présente : Que vont devenir les fonctions génitales, avec ce moignon d'utérus qui conserve encore un rudiment de cavité ? Jusqu'ici je n'en ai rien appris, mais j'ai fait promettre à mon opérée de se présenter à l'hôpital dans quelques mois. Un nouvel examen permettra de constater l'état physique des parties, en même temps que l'interrogatoire nous renseignera sur les conditions de la menstruation.

Discussion.

M. Guéniot. Une simple remarque : M. Chauvel a-t-il mis en pratique tous les procédés de réduction qu'on a proposés ? A-t-il eu recours au ballon en caoutchouc, qui a donné un certain nombre de succès ? Je rappellerai aussi que l'an dernier M. Hüe, de Rouen, a adressé à la Société un travail avec une observation détaillée de renversement de l'utérus excisé par la ligature élastique et suivi de guérison.

M. Forget demande s'il n'est pas fait mention de l'observation de l'expulsion d'un corps grisâtre ; il lui est répondu : oui.

M. Tillaux. Je tiens à exprimer le regret que M. Chauvel n'ait pas fait l'examen de la tumeur ; c'est qu'en effet on peut élever quelques doutes sur la nature de la tumeur enlevée. Si la section a porté sur le fond de l'utérus, s'il a été excisé, je ne puis comprendre qu'il reste encore une cavité utérine. Or, la tumeur était volumineuse et par conséquent M. Chauvel a dû enlever le fond de l'utérus. Aussi me semble-t-il qu'il y a lieu de faire quelques réserves et de se demander si M. Chauvel ne s'est pas trouvé en présence d'un corps fibreux implanté dans l'utérus par un pédicule étroit ; je crois qu'on ne peut accepter ce fait sans un contrôle plus approfondi.

M. Forget. L'observation de M. Tillaux me paraît très judicieuse et je viens l'appuyer par une courte argumentation. M. Chauvel s'exprime ainsi : « J'ai saisi la tumeur en l'amenant hors de la vulve,

et j'ai de nouveau constaté une rainure circulaire et la présence d'un bourrelet circulaire autour du pédicule. Je me demande quelle est la signification de ce bourrelet, si l'utérus était entièrement inversé, et à quoi correspond cette gouttière surmontée par un bourrelet. » Il me paraît judicieux de trouver un manque de clarté dans la narration de notre collègue.

M. Houel. L'observation de M. Chauvel me paraît très démonstrative, et lorsqu'il a rappelé le mécanisme de l'accouchement chez sa malade, il a indiqué que le placenta a été extrait avec brusquerie, et qu'il s'est produit une abondante hémorrhagie. C'est le mécanisme ordinaire des inversions utérines. Un polype inséré sur le fond de l'utérus peut amener le même résultat; mais pour cela il doit être volumineux. Le musée Dupuytren possède une pièce de M. Gosselin dans laquelle un polype avait ainsi renversé l'utérus, mais il a le volume des deux poings. Or, il est difficile de comprendre, il est certain même qu'une tumeur de ce volume n'aurait pas échappé à l'attention de M. Chauvel. Notre collègue ne parle pas d'ailleurs d'une cavité véritable, mais d'un moignon au centre duquel se trouve une dépression; cette dépression est la suite nécessaire de l'opération. Je crois donc à une inversion réelle.

M. Verneuil. Il ne peut rester aucun doute sur le diagnostic posé par M. Chauvel; il existe en effet un détail décisif dans la manière dont se faisait l'hémorrhagie. M. Chauvel a eu l'occasion de procéder à un examen à ce moment et il a constaté que l'hémorrhagie avait pour origine la surface entière de la tumeur, chose qui n'appartient qu'au renversement. Mais en outre l'inversion totale est extrêmement rare, et s'il en avait été ainsi la section eût porté sur le vagin; mais dans ce cas l'inversion était incomplète, et ainsi s'explique au toucher la présence du bourrelet formé par le col. La tumeur ayant été enlevée et la guérison obtenue, M. Chauvel prend soin de nous dire qu'il restait un petit moignon avec une apparence de cavité, et en n'explorant pas cette cavité, je trouve que M. Chauvel s'est conduit avec sagesse. Aussi n'ai-je aucun scrupule à dire que l'observation de notre collègue est très-complète et très-concluante.

M. Tarnier. Je suis de l'avis de Verneuil, et je trouve la preuve de l'inversion utérine dans la manière dont la maladie s'est produite. Une femme accouche rapidement, trop vite; on exerce une traction brusque sur le placenta, une tumeur apparaît; M. Chauvel,

appelé peu d'instants après l'accouchement, constate l'existence de cette tumeur. Ce ne peut être que l'utérus renversé. C'est le mécanisme ordinaire de l'inversion que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois.

(*Bull. de la Soc. de chir.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité clinique des maladies des femmes, par le Dr Gaillard-Thomas, professeur au Collège des médecins de New-York, traduit et annoté par le Dr Aug. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare. — Un volume in-8 de 750 pages avec 301 figures intercalées dans le texte. Prix : 16 fr.

Le Traité dont M. le Dr Lutaud vient de nous donner la traduction avait acquis en Angleterre et en Amérique une grande notoriété et était déjà connu des gynécologistes français familiarisés avec la langue anglaise. Nous avions depuis longtemps apprécié les qualités de ce livre remarquable, et nous lui avons fait de nombreux emprunts.

M. le professeur Pajot s'étant chargé de faire dans les *Annales* le compte-rendu de cet ouvrage, nous nous bornons aujourd'hui à en signaler l'apparition à nos lecteurs et faire connaître en quelques mots notre opinion personnelle.

Le livre de M. Gaillard-Thomas est un traité complet, aux divisions méthodiques et aux allures classiques, qui réunit, sous un volume relativement restreint, toutes les maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus et des ovaires. L'auteur s'est efforcé d'éloigner de son livre les digressions inutiles et les théories controversées qui ne doivent pas figurer dans un livre pratique, destiné surtout à l'enseignement. Il a su également se garder des exagérations et des hardiesses qu'on rencontre si fréquemment dans les traités qui nous viennent d'outremer ou d'outre-Rhin. Si nous ajoutons que l'ouvrage est empreint de l'esprit scientifique moderne et qu'il est strictement mis au courant des découvertes récentes qui font aujourd'hui considérer l'Amérique comme un grand centre d'études gynécologiques, nous aurons suffisamment exposé à nos lecteurs les raisons qui nous font prédire le plus grand succès au livre de M. Gaillard-Thomas.

Nous ne nous étendons pas plus longuement sur cet ouvrage, dont l'analyse sera faite prochainement dans le journal par le professeur Pajot. Mais nous adresserons, en terminant, nos félicitations à notre laborieux collaborateur M. Lutaud, qui a accompli avec un rare bonheur la tâche, souvent pénible et ingrate, d'une traduction.

A. LEBLOND.

Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans les présentations du siège, par le Dr CHAMPETIER DE RIBES, ancien interne de la Maternité de Paris (1).

Le Dr Champetier de Ribes dans ce travail s'est efforcé de résoudre les deux questions suivantes :

1° Comment la tête fœtale venant la dernière franchit-elle le détroit supérieur rétréci seulement dans son diamètre antéro-postérieur ?

2° Quelles sont les conditions qui favorisent sa descente ?

« Pour y arriver, dit-il, nous conformant aux conseils de notre savant maître M. Tarnier, nous entreprîmes les expériences qui font la base de ce travail.

« Dans ces expériences, nous avons étudié le mécanisme de la sortie de la tête ; nous avons également essayé d'évaluer la force que nous avons déployée pour extraire des têtes fœtales, suivant qu'elles appartenaient à des fœtus à terme ou avant terme, et par conséquent suivant qu'elles variaient de volume et de réductibilité.

« Nous avons noté les lésions produites soit du côté des os du crâne et du maxillaire inférieur, soit du côté de la colonne vertébrale.

« Nous avons enfin cherché à déterminer par quelles manœuvres nous faisions descendre la tête en usant le moins de forces et par suite en produisant le moins de lésions. »

Ainsi que ces lignes le font pressentir, l'auteur a donc d'abord voulu, en s'adressant à la méthode expérimentale, s'assurer de toutes les particularités qui signalent le passage de la tête à travers la filière pelvienne rétrécie, en étudier pour ainsi dire mathématiquement les détails, noter ceux qui se reproduisaient à chaque expérience

---

(1) Paris 1879. Octave Doin, libraire-éditeur.

et ceux qui n'apparaissaient que fortuitement ; puis ce chapitre de physiologie pathologique étant étudié autant que les circonstances le lui ont permis, il a dans un chapitre qu'il s'est efforcé de rendre aussi clair que possible, montré la tête arrivant au niveau du détroit supérieur, accomplissant des mouvements multiples pour *doubler le promontoire*, suivant l'heureuse expression de Barnes, et finalement traversant l'excavation.

Enfin, après avoir exposé toutes les péripéties dont est entouré ce passage, les conditions qui en favorisent l'innocuité, ou qui en rendent fatale la nocivité, le Dr Champetier de Ribes termine en formulant des conclusions qui ne sont à proprement parler que des préceptes concernant la conduite à tenir en présence d'une tête venant dernière dans un rétréoissement du bassin.

Ce sujet quoique déjà étudié est encore trop palpitant d'actualité, ce travail est trop logiquement conçu, trop scientifiquement exécuté, pour que ne nous arrêtions pas un peu longuement au moins sur certaines parties.

Nous passerons rapidement sur la première partie consacrée à l'historique de la question, car quoique complète et très-bien faite elle intéresse moins directement le praticien.

La deuxième partie, dans laquelle sont exposés les procédés employés par l'auteur et la relation de toutes ses expériences et de ses observations cliniques, demande à être lue avec le plus grand soin. Ne pouvant dans ce journal reproduire *in extenso* ces 35 expériences, nous arrivons à la troisième partie où sont étudiées et comparées les expériences et les observations.

1er *paragraphe*. — *Le mécanisme de la descente de la tête*. — Nous allons résumer d'après M. Champetier de Ribes les points principaux de ce mécanisme.

1° « Quand après l'extraction du tronc et des épaules à travers un bassin dont le détroit supérieur est rétréci dans son diamètre antéro-postérieur on abandonne la tête fœtale sur l'ouverture de ce détroit, elle prend en général une *direction transversale*, s'il y a une différence marquée entre la longueur du diamètre sacro-pubien du bassin et celle du diamètre bipariétal de la tête.

2° La tête s'incline ensuite, d'abord sur son *côté postérieur*, c'est-à-dire que ce côté se *couche* sur les corps vertébraux placés au-dessus du promontoire, de telle manière que la base du crâne franchit le

détroit supérieur en se plaçant *presque de champ*, le bord postérieur descendant le premier.

3° En descendant soit spontanément, soit sous l'influence de tractions, la tête se fléchit, la pointe de l'occiput se relève, comme l'a dit le Dr Budin (1), en décrivant un arc de cercle qui le rapproche de l'axe du détroit supérieur. L'occipital débordant la nuque quand la tête est défléchie, constitue un plan incliné qui surmonte la fosse iliaque ; à mesure que la tête descend ce plan incliné se relève progressivement en *appuyant contre la ligne innominée*, si bien que la face postérieure de l'occipital devient parallèle à l'axe du détroit supérieur, et que le diamètre bitemporal correspond au diamètre promonto-pubien minimum, tandis que le diamètre bi-pariétal est en rapport avec une ligne allant de la symphyse sacro-iliaque en un point situé au-dessus de la branche horizontale du pubis.

4° Puis la tête, inclinée jusqu'alors sur son côté postérieur, se redresse, ensuite se couche sur le pubis ; elle bascule alors en sens inverse, d'arrière en avant, c'est-à-dire que la partie antérieure de la voûte du crâne décrit un arc de cercle, dont le centre se trouve entre le promontoire et la symphyse sacro-iliaque. La bosse pariétale antérieure franchit la première le détroit supérieur, puis la bosse pariétale postérieure se dégage à son tour, soit qu'elle descende directement, soit, comme cela arrive le plus souvent, qu'elle se rapproche de la symphyse sacro-iliaque, la rotation continuant pour amener l'occiput vis-à-vis de la symphyse pubienne.

5° Lorsque *la tête est très petite*, il arrive souvent qu'elle tombe dans l'excavation sans avoir eu besoin de se fléchir, parce qu'alors l'extrémité de la tige occipito-mentonnière n'arrive pas à toucher la ligne innominée.

6° Quand la tête est *trop volumineuse* pour tenir presque en entier dans un côté du bassin, l'extrémité postérieure du diamètre bi-pariétal appuie sur le côté des corps vertébraux, puis du promontoire ; la tête se diagonalise, l'extrémité antérieure de ce même diamètre arrive jusqu'à la symphyse pubienne qu'elle dépasse ; une portion considérable de la tête est comprise dans la deuxième moitié du bassin. C'est dans ces conditions que la tête prend la forme d'un rein dont le hile serait appliqué contre le promontoire.

---

(1) Budin. *De la tête du fœtus à terme*. Paris, 1876.

En résumé, la tête se dirige d'abord transversalement, s'incline en arrière jusqu'au moment ou la bosse pariétale postérieure arrive au niveau du détroit supérieur ; alors la tête se porte en masse dans le côté du bassin où se trouve l'occiput et se fléchit ; puis la bosse pariétale antérieure exécute un mouvement de bascule autour de la bosse pariétale postérieure immobilisée sur l'aileron du sacrum, appuie contre le pubis et franchit le détroit supérieur ; enfin la bosse pariétale postérieure descend à son tour.

Le Dr Champetier de Ribes indique le mouvement de flexion comme précédant le mouvement de translation, nous croyons au contraire que les deux mouvements s'accomplissent en même temps ou que même le mouvement de flexion est consécutif aux mouvements de translation.

Le Dr Champetier de Ribes ajoute : « Ces diverses phases ne s'accomplissent comme nous venons de le décrire que lorsque la descente de la tête est modérément laborieuse. Ce mécanisme devient incomplet et chacun de ces mouvements peut être moins net quand il y a disproportion entre les dimensions de la tête et celle du bassin. D'autre part, lorsque cette disproportion est trop grande, l'extraction est impossible. »

Nous regrettons à ce propos, qu'après avoir fait une étude analytique si complète de tous les *temps* ou *mouvements* accomplis par la tête venant dernière dans un bassin rétréci, M. Champetier de Ribes n'ait pas cherché à rattacher par un examen synthétique ce mécanisme à celui qu'on observe dans l'accouchement physiologique. Rien ne lui eût été plus facile que de démontrer comment partout et toujours on se trouve lorsqu'on étudie le passage du fœtus à travers l'excavation, en face de l'ACCOMMODATION. Qui mieux que lui cependant a montré la tête s'accommodant ! c'est-à-dire accomplissant des mouvements multiples, pour offrir alternativement au bassin des diamètres de plus en plus petits. Et avec quelle facilité alors le lecteur eût saisi, reconnu, la cause et le résultat de ces mouvements si divers. C'est un flambeau que l'auteur n'a pas allumé, et qui eût puissamment contribué à faire disparaître tous les clairs obscurs qui se rencontrent dans ce travail.

Quand le professeur Pajot a écrit : « On n'a point suffisamment remarqué la corrélation incessante de l'apparition des temps avec le moment même de leur nécessité. L'exécution des mouvements mécaniques, et cela est vrai pour tous, est constamment et intimement liée à la diversité des rapports entre le volume de la partie fœtale et

la capacité des passages maternels... La plupart des temps n'ont pour but que de rendre l'expulsion fœtale plus facile ; si le fœtus est très-petit, ou les organes maternels très-vastes et l'enfant ordinaire, ces temps manquent.... C'est là ce qu'il y a de vraiment admirable dans ce mécanisme, il n'est sollicité à se produire qu'en devenant indispensable. » Est-ce qu'il ne formulait pas des lois que M. Champetier de Ribes est venu confirmer par ses remarquables recherches ? Alors pourquoi ne pas faire appel à ces lois dont l'application est si féconde en résultats pratiques ? Il suffit d'avoir signalé cette lacune à l'esprit si fin et si observateur du Dr Champetier de Ribes pour être sûr de la voir comblée dans les travaux ultérieurs dont l'auteur ne manquera pas de doter l'obstétrique.

Après avoir exposé et discuté la *valeur relative des différents moyens employés pour amener la tête dans l'excavation :* tractions sur le maxillaire inférieur, tractions sur le cou, expression, refoulement ; la *force déployée et les résultats obtenus ; les lésions produites* sur le fœtus avant terme et les fœtus à terme, l'auteur arrive aux *conclusions* suivantes :

1° Une forte flexion de la tête est la condition qui favorise le plus sa descente.

Quand la tête est bien fléchie l'apophyse malaire ne s'accroche plus au pourtour du détroit supérieur; le glissement, le tassement dans la moitié du bassin qui loge l'occiput se fait facilement ; la suture fronto-pariétale peut en arrière se placer au-devant de la partie la plus saillante du promontoire.

2° Le maxillaire inférieure, sur lequel on tire avec deux doigts introduits profondément dans la bouche, nous a paru être le meilleur point d'application des tractions.

3° On facilite considérablement l'extraction par les deux manœuvres suivantes :

a). En repoussant directement en arrière dans la concavité du sacrum le côté de la base du cou qui se trouve descendu derrière la symphyse pubienne ;

b). En faisant faire par un aide l'expression portant sur la région frontale du fœtus et dirigée suivant l'axe du détroit supérieur.

---

(1) Pajot. *Phénomènes mécaniques de l'accouchement*, in *Dictionnaire des sc. médicales*.

4° On peut espérer extraire un enfant vivant chaque fois que le diamètre bipariétal de la tête ne surpasse pas le diamètre antéro-postérieur du bassin d'une longueur de plus de 15 millimètres environ.

5° On risque de produire une fracture du pariétal quelles que soient les manœuvres d'extraction, si la force totale employée atteint 35 à 40 kilog. sur un enfant à terme, 20 à 22 kilog. sur un enfant avant terme.

6° Le maxillaire inférieur d'un enfant à terme peut supporter sans se rompre une traction de 25 kilog.

7° La colonne vertébrale d'un enfant à terme s'est rompue trois fois sous un effort de 50 kilog.

Résulte-t-il de ce travail que le passage de la tête dernière est plus facile que quand elle se présente la première? Les résultats annoncés par William Goodell et Alexander Milne ont ils été confirmés par M. Champetier de Ribes? Nous ne le croyons pas. (Voir les observations de Champetier.)

Jusqu'à preuve du contraire, nous pensons que dans un bassin rétréci il vaut mieux que le fœtus, qu'il soit à terme ou avant terme, se présente par l'extrémité céphalique fléchie. Peut-être le fœtus traverse-t-il plus facilement le bassin rétréci quand il n'est pas à terme et qu'il se présente par le siège.

Mais de là à obtenir plus facilement et plus souvent par ce moyen un enfant vivant, il y a loin !

PINARD.

Recherches sur la cause du retard de l'accouchement dans le cas de présentation pelvienne et moyen d'y remédier, par RODRIGUES DOS SANTOS, docteur de la Faculté de Rio de Janeiro (1).

Ce mémoire, dans lequel l'auteur se montre au courant des progrès les plus récents de l'obstétrique, est consacré à l'étude des causes qui retardent l'accouchement dans la présentation du siège.

L'une des plus puissantes serait, d'après le Dr Rodrigues dos Santos, le défaut de rotation du pelvis au niveau du détroit inférieur. La descente incomplète du fœtus paraît jouer aussi un certain

(1) 1879. Rio-de-Janeiro.

rôle. Nous admettons parfaitement cette manière de voir, mais nous pensons que le Dr Santos aurait peut-être eu raison de rechercher pourquoi la rotation ne s'exécute pas dans certains cas. M. Tarniér pense que si la rotation est tardive ou ne se produit pas, cela tient à la variété de présentation qui dans ces cas est celle des *fesses*. Les membres abdominaux étant relevés jusqu'au niveau du menton constituent deux attelles qui transforment le tronc en tige rigide, et l'empêchent de s'infléchir en tournant dans l'excavation.

Quoi qu'il en soit, le conseil que donne le Dr Rodrigues et qui consiste à produire la rotation artificielle à l'aide de la main est excellent, et nous ne pouvons que saluer avec le plus grand plaisir l'apparition de ce travail qui vient prouver une fois de plus, que sur tous les points du globe des hommes intelligents et instruits s'occupent avec ardeur de cette belle science qui s'appelle : obstétrique.

PINARD.

VARIETÉS

Délivrance post mortem. — Dans un mémoire sur ce sujet, fort étendu, et portant sur 55 cas, le Dr Dûer, de Philadelphie, commence par un historique intéressant de la question aux points de vue légal, religieux et scientifique.

Il cite les lois anciennes et modernes concernant le fœtus encore enfermé dans le sein de sa mère, morte ou moribonde, puis il examine les cinq points suivants :

1° *L'époque de la grossesse à partir de laquelle le fœtus peut être extrait avec espoir de le sauver.* Pour lui, comme un enfant a autant de chances de venir au monde vivant par l'opération césarienne que de toute autre façon, et qu'il est constant qu'on a vu vivre des enfants venus au monde au sixième mois de la grossesse, il est prudent, dans la règle, de faire l'opération césarienne, ou la dilatation, dans les cas favorables, d'autre part, où la grossesse a atteint le sixième mois.

2° *Le temps écoulé depuis la mort de la mère pendant lequel on peut espérer un succès.* D'après le tableau que donne Dûer à la fin de son mémoire, il conclut qu'il est possible d'avoir un enfant vivant deux heures après la mort de la mère.

3° *Le genre d'opération indiquée.* Sur ce point, Düer incline positivement en faveur de l'opération césarienne, qu'il regarde comme plus rapide que la dilatation rapide du col, sous la condition expresse que le fœtus ne soit pas encore engagé dans le bassin. « Si la « tête est engagée, c'est à l'opérateur de juger lequel sera le plus ra- « pidement exécuté, l'accouchement forcé par les voies naturelles, « ou l'opération césarienne. »

Nos lecteurs se rappellent que le Dr Thévenot recommande en général l'extraction par les voies naturelles.

4° *Maladies qui rendent l'opération inutile.* L'auteur conclut que : « il est inutile d'opérer même aussitôt après la mort » sur une femme qui a succombé à une maladie dans laquelle la désorganisation du sang était en facteurs préominents.

5° *Meilleurs moyens de ranimer l'enfant.* L'auteur insiste sur les moyens de réchauffer le fœtus, puis il indique la respiration artificielle, — méthode de Sylvestre, — qu'il faut continuer sans se lasser, tant que le cœur bat. L'application d'un morceau de glace sur l'épigastre, l'effet de l'ammoniaque approché des narines, du vinaigre faible, ou de la fumée de papier rendent aussi de grands services.

Enfin l'insufflation de bouche à bouche.

Düer recommande de faire l'opération même sur une morte, avec autant de précaution que si elle était vivante : « Tout chirurgiens que nous sommes, dit-il après « Blauddel, soyons humains. »

(*Am. Journ. of obst.*, 1879, p. 1.)

A. Cordes.

Clinique gynécologique. — Nous apprenons que le Dr A. Queirel, chirurgien de la Maternité et professeur de gynécologie à l'école de plein exercice de médecine de Marseille, et notre collaborateur le Dr Jules Rouvier vont ouvrir dès le mois prochain une clinique libre de gynécologie, rue Pisançon, dans le centre de la ville.

Cette clinique sera ouverte à tous les étudiants désireux de compléter à ce point de vue leur instruction médicale.

---

(1) *De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne post mortem* (*Ann. gyn.*, 1878, t. II, p. 257, 339, 412).

A propos du céphalématome (1). — M. le Dr Penard (de Rochefort) a publié dans le dernier numéro des Annales de gynécologie un article sur le traitement du céphalématome par la ponction capillaire avec aspiration et compression consécutive. Nous croyons devoir rappeler que M. Larayenne (de Lyon) a préconisé ce mode de traitement il y a plusieurs années déjà et a obtenu 8 succès chez les 8 petits malades qu'il a ponctionnés. (*Lyon Médical*, 21 juillet 1874.)

Sans discuter la valeur de ce procédé qui doit être sans danger le plus souvent, nous pensons qu'il vaut mieux dans le plus grand nombre des cas laisser la guérison de la tumeur se faire spontanément. On sait en effet que chez le nouveau-né presque toujours le sang épanché entre le périoste et l'os se résorbe après un temps variable. L'on n'a pas à craindre de la sorte les accidents si graves qui peuvent résulter de l'ouverture d'un foyer sanguin.

Quant au traitement du céphalématome par l'incision du sac et par l'introduction de charpie dans sa cavité, nous ferons remarquer que c'est une pratique qui est abandonnée depuis longtemps, à cause des graves dangers qu'elle présente, et que l'on ne saurait trop condamner.

Note de la Rédaction.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de gynécologie* ont reçu :

De l'œdème dur des grandes et des petites lèvres symptomatique de la syphilis, par le Dr Oberlin. Th. de Paris, 1879.

Description d'un monstre double autositaire monomphalien ectopage, par le Dr Van den Bosch. Extrait des *Bull. de l'Ac. royale de méd. belge*, t. XIII, 3e série, no 2.

Quelques considérations sur les déviations menstruelles, par le Dr Jules Rouvier (de Marseille).

Rudimentäre entwickelung der müller'schen Gänge, par le Dr Léopold, de Leipzig. Extrait des *Arch. f. Gyn.*, t. XIV, fasc. 3.

Ueber das verhalten des Uterus und Cervix bei contractionen und die bildung des unteren uterinsegments, par Paul La Pierre, de Berlin.

---

(1) Par suite d'une erreur de mise en pages, cette note n'a pas été publiée en même temps que l'article de M. Penard, paru dans notre dernier numéro.

Weiterer anatomischer beitrag zur frage vom verhalten den Cervix während der Schwangerschaft, par les Drs LANGHAUS et MULLER, de Berne. Extrait des *Arch. f· Gyn.*, vol. XIV, fasc. 2.

Considérations sur les suites de couches et soins à donner aux nouvelles accouchées, par le Dr Jérome MAZARS. Th. de Paris, 1879.

Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci dans les présentations du siège, par le Dr CHAMPETIER DE RIBES. Th. de Paris, 1879.

Pendulum Leverage of the obstetric forceps, par le Dr Albert SMITH. Extrait des *Gyn. trans.*, 1879.

Estudio sobre la difteria oportunidad y conveniencia de la traqueotomia en la forma crupal, par le Dr VIDAL SOLARES. — Berthier, éditeur, 104, boulevard Saint-Germain, Paris.

Il iodoformio in confronto cogli astringenti e coi cauterizzanti nella medicazione endouterina. Lettre du Dr MALACHIA, de Cristoforis, au professeur Pietro PELLIZZARI. Milano, 1879.

On contracted pelvis, par le Dr Arthur MACAN. Extrait de *Dublin Journal of medical Science*, mars 1879.

Annual address on the relation of neurasthenia to diseases of the womb, par le Dr William GOODELL. Extrait des *Gynækological transactions*, 1879.

Observations on some forms of sterilite and on placenta prævia in first labours, par le Dr Alexander-Russel SIMPSON. Communication à la Société obstétricale d'Edimbourg, 22 janvier 1879.

On the head-flexion in labour, par le Dr Alexander Russel SIMPSON. Communication à la Société obstétricale d'Edimbourg, le 26 février 1879.

Zur lehre von der extrauterinschwangerschaft, par le Dr PATENKO. Extrait des *Arch. f. Gyn.*, vol. XIV, fasc. 1.

Zur lehre vor den Geschwülsten des körpers des Gebärmutter, par le Dr WILISCHANIN. Extrait des *Archiv für Gynækologie*, vol. XIV, fasc. 1.

Fistule vésico-utéro-vaginale opérée par l'oblitération transversale du vagin, par le Dr GAUTIER, de Genève.

De l'emploi de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, par le Dr TESTUT. Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris. — Masson, éditeur. Paris, 1879.

Les médecins d'autrefois à Nimes. Etude historique d'après des documents inédits, par le Dr Albert PUECH, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nimes. — Savy, éditeur. Paris, 1879, 1 vol. gr. in-8 de 288 p. : 6 fr.

Di un caso di insufficienza mitrale con stenosi dell'orificio auriculo-ventricolare sinistro in donna gravida al V° mese, par le Dr GRASSI. Extrait du *Sperimentale*, an XXX, 1876.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

IMPLANTATION VÉLAMENTEUSE DU CORDON
CONSIDÉRÉE COMME L'UNE DES CAUSES DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES.

Par le Dr Poullet, de Lyon.

L'implantation vélamenteuse du cordon, c'est-à-dire celle qui s'effectue, non plus sur le placenta lui-même, mais sur un point des membranes plus ou moins éloigné du gâteau placentaire, a pour le fœtus des conséquences très fréquemment mortelles.

Cette anomalie anatomique signalée pour la première fois par Wrisberg, Henri Auguste, en 1773, a été étudiée ensuite par Sandifort, en 1778, puis par Frédéric Lobstein, à Strasbourg, en 1801. C'est ce dernier qui signala les hémorrhagies graves

pour l'enfant qu'entraîne souvent ce genre d'implantation, lors de la rupture de la poche des eaux.

En 1831, Benkiser fit une thèse sur ce sujet où il étudia à nouveau cette question en insistant sur ce phénomène de l'hémorrhagie amenant la mort du fœtus. Depuis cette époque un grand nombre d'accoucheurs ont publié des observations isolées d'implantation vélamenteuse ; je citerai entre autres : MM. Valette, de Lyon, Hüter, Chiari, Scanzoni, Crédé, Bailly, Depaul.

Enfin, en 1875, Chantreuil, dans sa thèse d'agrégation, utilise toutes les publications précédentes et donne un excellent résumé des connaissances encore assez restreintes que possède la science de nos jours.

Il résulte du travail de Chantreuil que l'hémorrhagie est le seul signe qui permette de soupçonner cette anomalie avant la dilatation du col; quant au fœtus, si cette anomalie entraîne sa mort, on l'explique par une perte de sang consécutive à une rupture des vaisseaux rampant entre les membranes ou par une compression de l'un de ces vaisseaux par la tête fœtale.

Cependant, la procidence du cordon a été signalée dans les observations de Benkiser, Hüter, Chiari et Valette, et la plupart des auteurs ont vaguement considéré l'implantation vélamenteuse comme une prédisposition à l'avortement. « Comment se fait-il, dit Hüter, que dans certains cas le fœtus souffre, se développe mal, et soit épuisé avant terme, tandis que dans d'autres il ne paraît nullement se ressentir de l'anomalie, naît vivant ou périt foudroyé par hémorrhagie au moment de la rupture des membranes ? »

Cette interrogation résume assez bien l'état actuel de nos connaissances. Car, rien n'a été répondu à l'accoucheur allemand.

Le but de ce travail est d'apporter un commencement de réponse ; d'étudier quel est le mécanisme de la mort du fœtus avec pièces à l'appui de notre nouvelle interprétation, et, comme conséquence, d'indiquer des signes auxquels on pourra dans certains cas soupçonner l'anomalie avant toute dilatation du col

et en dehors de toute hémorrhagie, comme j'ai pu le faire dans l'une des deux observations suivantes :

Observation I.

Mme C..., âgée de 22 ans, à sa troisième grossesse me fit appeler après avoir perdu un verre d'eau ; la conception ne remonte qu'à cinq mois, l'odeur du liquide ne permet pas de le confondre avec un liquide venant de la vessie, il n'y a aucune douleur et aucune dilatation. Cette perte de liquide se reproduit chaque jour une ou deux fois, soit le jour, soit la nuit, indépendamment de tout mouvement de la malade ; je recommande le repos rigoureux au lit et je conseille de temps en temps un lavement de laudanum et chloral pour s'opposer au début des contractions utérines.

La malade, intelligente et docile, se prête rigoureusement à ce traitement qui ne dure pas moins de neuf semaines; pendant tout ce temps il ne s'est presque pas passé de jour où il n'y ait eu plusieurs serviettes complètement mouillées d'un flot de liquide amniotique qui me paraît coïncider avec de grands mouvements de l'enfant.

Enfin lorsque les sept mois de grossesse furent passés la malade se leva sans cependant sortir de chez elle, et après deux ou trois jours les douleurs se déclarèrent et j'assistai à un accouchement absolument normal et assez rapide en raison du faible volume de l'enfant; la poche des eaux se forma quoique peu considérable, et avant sa rupture, que je me gardai bien de produire, j'essayai de marquer la partie de l'œuf qui se présentait, espérant après la délivrance pouvoir reconstituer l'œuf et voir à quel niveau siégeait la déchirure primitive. Je supposais alors que cette perforation était assez élevée et que le liquide s'écoulait lorsqu'une nouvelle sécrétion avait élevé son niveau à une hauteur suffisante.

Pour arriver à avoir le point de repère désiré je colorai mon doigt avec un peu de fuchsine et je le portai sur l'œuf lorsque l'orifice fut bien dilaté, de façon à tracer sur les membranes un arc de cercle parallèle au rebord antérieur du col. Cette marque ne me servit absolument à rien car la délivrance, très difficile, fut précédée de l'arrachement du cordon et de déchirures multiples des membranes.

Lorsque je procédai à la délivrance et dès les premières tractions

sur le cordon je sentis une déchirure se produire, malgré toutes les précautions possibles il se rompit bientôt complètement et je dus faire une délivrance artificielle; je décollai le placenta avec le bord cubital de la main et j'eus bientôt toute la masse placentaire qui ne me permit aucun examen de l'œuf.

Mais, en examinant l'extrémité déchirée du cordon, je fus frappé de voir les trois vaisseaux de longueur très inégale, ramper séparément dans un fragment des membranes que je pus étaler comme un éventail assez étendu et je reconnus, sans erreur possible, avoir affaire à une implantation vélamenteuse du cordon, ce qui m'expliqua cette déchirure facile des éléments séparés d'un cordon à sept mois de grossesse.

Je résolus alors de procéder autrement pour la délivrance si jamais un cas semblable se présentait à mon observation.

La mère se remit simplement; elle est assez heureuse pour avoir conservé cette petite fille qui a incontestablement échappé à un des plus grands dangers qui puissent être encourus pendant la vie fœtale.

Observation II.

Mme X..., âgée de 26 ans, est au commencement du sixième mois de sa troisième grossesse; à la promenade, sans aucun malaise antérieur, sans effort anormal, elle est brusquement inondée par une grande quantité d'eau, elle éprouve un frisson prolongé et son mari l'aide à rentrer et m'appelle en toute hate en l'absence du médecin habituel. Je fais prendre des lavements opiacés contenant aussi du chloral et je conseille le décubitus horizontal rigoureux qui m'avait si bien réussi chez ma première malade, deux ans auparavant. Cependant, malgré ma recommandation, malgré l'insistance du confrère qui donnait des soins habituels, cette malade ne peut se résigner à garder le lit; sans toutefois sortir de chez elle, elle marcha presque constamment sans éprouver d'autre signe anormal que l'écoulement très souvent réitéré d'une grande quantité d'eau, sans jamais voir de sang et sans éprouver aucune douleur.

Lorsque six semaines environ après la rupture de l'œuf, après quelques douleurs très légères et quelques efforts de défécation, je suis appellé en toute hâte pour constater une procidence du cordon

La dilatation de l'orifice était égale à une pièce de 1 franc; les contractions étaient très faibles, les pulsations dans le cordon dénotaient un enfant vivant; toute tentative de réduction reste infructueuse et à mon grand regret je ne puis qu'assister impuissant à la mort de ce petit être. Les battements s'affaiblissent insensiblement et cessent environ deux heures après l'issue du cordon; toutefois l'accouchement semble ne pas encore devoir se produire et ce n'est que dix heures plus tard que les douleurs une fois bien établies l'expulsion peut s'effectuer normalement. Je suis alors en face d'un de ces cas de délivrance où je pense trouver un placenta à implantation vélamenteuse, aussi ma conduite est absolument différente de celle tenue dans l'observation précédente, je ne fais aucune traction sur le cordon, j'attends près d'une demi-heure en faisant à diverses reprises l'expression de Crédé, j'obtiens ainsi le placenta qui a été présenté à la Société de médecine de Lyon et qui offre un bel exemple d'implantation vélamenteuse.

Remarquons d'ailleurs que cette anomalie était, sinon absolument diagnostiquée d'avance, du moins très fortement soupçonnée et cela en dehors de toute hémorrhagie, signe indiqué par les auteurs comme constituant à lui seul toute la séméiotique de cette maladie.

La malade se remit simplement en peu de jours.

Réflexions. — Ces deux faits m'ont conduit à expliquer de la façon suivante le mécanisme de la déchirure de l'œuf. Ce n'est bien entendu qu'une hypothèse, mais elle a pour elle la logique comme présomption, et ces deux observations comme commencement de démonstration :

L'œuf, avant toute dilatation du col, est partout adossé à la paroi utérine ; une pression même sur la paroi abdominale ne peut que difficilement produire sa rupture ; un effort de la femme n'est probablement jamais suffisant pour le rompre ; ainsi par exemple, l'œuf résiste très bien, lorsque le col n'est pas dilaté, aux plus violents efforts de défécation.

Voyons maintenant comment agissent les mouvements actifs du fœtus.

Lorsque ces mouvements deviennent forts, une pression de la tête ou des membres, un coup de pied, par exemple, quelque

fort qu'il soit, est encore impuissant à déchirer les membranes toujours adossées à la paroi utérine. Mais en serait-il de même si l'enfant, au lieu de presser d'une façon excentrique contre l'amnios, attirait à lui un point des membranes? Evidemment non. Cette traction éloignerait la paroi délicate de l'œuf de son support, l'utérus; les légères adhérences qui existent en ce point seraient facilement et insensiblement rompues. Entre l'œuf et l'utérus ainsi séparés (cette hypothèse étant admise) il se produirait alors un peu d'épanchement de sérosité et les membranes, au lieu d'être adossées à un support résitant, seraient flottantes entre deux liquides, si les tractions opérées sur les membranes augmentaient de fréquence ou d'intensité le point tiraillé pourrait se déchirer; on comprend même que sans nouvelle traction un coup de pied de l'enfant dans la partie flottante des membranes puisse parfaitement opérer la déchirure.

Mais comment peut-on comprendre que le fœtus attire à lui un point de l'œuf? D'une façon très simple : si l'implantation est vélamenteuse, si une spirale s'enroule autour du cou de l'enfant et qu'un membre vienne frapper sur le cordon tendu.

La brièveté du cordon peut elle-même faciliter ces tiraillements, ce sont donc, dans ces cas, les mouvements actifs de l'enfant qui déchirent l'œuf, et si cela ne va pas jusqu'à la déchirure de l'œuf il peut y avoir décollement d'une certaine étendue de sa surface, ce qui expliquerait la formation de la cavité où se sécrètent les fausses eaux compatibles, elles, avec la terminaison heureuse de la grossesse.

Dans les cas de déchirure de l'œuf une certaine quantité de liquide s'écoule, puis les parties flottantes de l'œuf viennent de nouveau s'adosser à l'utérus et faisant soupape empêchent l'issue du liquide, jusqu'à ce qu'un nouveau tiraillement du cordon écarte cette soupape et produise une autre issue du liquide; de là ces expulsions réitérées d'une certaine quantité d'eau, bien qu'il en reste parfois assez pour voir se poursuivre la grossesse, si le cordon lui-même ne vient pas s'engager dans le col.

Cette explication permet de comprendre pourquoi cet accident ne vient pas avant cinq mois de grossesse, les mouvements du fœtus n'ont pas avant ce terme une énergie suffisante.

Il résulte pour nous de cette interprétation que lorsqu'une femme perd l'eau amniotique à cinq ou six mois de grossesse en dehors de tout commencement du travail, au lieu d'expliquer cette déchirure de l'œuf par un effort fait par la femme, soit en toussant, soit en levant les bras, comme on le dit banalement, on doit soupçonner une implantation vélamenteuse du cordon, et pour l'éviter, pour gagner du temps, pour arriver, si faire se peut, à l'époque de viabilité de l'enfant, on doit tenir rigoureusement la malade au lit, comme je l'ai fait avec succès pendant deux mois pour le sujet de ma première observation, ce qui m'a permis d'avoir un enfant vivant.

C'est la seule thérapeutique à employer, à mon avis, car, je le répète, chaque écoulement d'une certaine quantité d'eau tient aux mouvements actifs de l'enfant qui tiraille son cordon, ce qui soulève en partie les membranes après avoir effectué leur rupture. Une autre pratique que je ne saurais trop recommander dans de tels accouchements : lorsqu'on arrive à effectuer la délivrance, il est prudent de ne pas tirer du tout sur le cordon pour ne pas le rompre ; dans ces cas la rupture arrive à peu près toujours, car le cordon, dans l'épaisseur des membranes, se subdivise en ses trois vaisseaux qui divergent pour arriver séparément au placenta, et si l'on tire, ces trois éléments séparés se tendent et se rompent les uns après les autres et on est réduit à introduire la main dans la cavité utérine. Ce danger pour la malade a été signalé par Wrisberg lui-même, il y a plus d'un siècle.

On ne saurait donc trop conseiller, lorsqu'on croira avoir affaire à cette anomalie, d'effectuer la délivrance, uniquement, si c'est possible, par la méthode de Crédé, c'est-à-dire par expression en pressant sur l'abdomen : j'ai opéré ainsi dans ma deuxième observation, j'ai eu une délivrance facile, tandis que dans la première j'ai été réduit à faire une délivrance artificielle

après avoir rompu le cordon par des tractions entièrement modérées.

Cette explication de la déchirure de l'œuf par les mouvements actifs de l'enfant, vers cinq mois de grossesse, n'est encore appuyée que par ces deux observations où s'est trouvée une implantation vélamenteuse du cordon ; ces faits sont peut-être insuffisants pour pouvoir affirmer que cela se passe toujours ainsi. J'ai cependant cru devoir les publier, autant pour indiquer la conduite qu'on peut recommander à l'accoucheur, que pour provoquer de la part de mes confrères des recherches pouvant à l'avenir confirmer ou infirmer l'hypothèse scientifique que je me permets d'avancer.

ÉTUDE
SUR
LES TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL
CONSÉCUTIFS
AUX AFFECTIONS DIVERSES DE L'APPAREIL UTÉRO-OVARIEN.

Par le Dr V. de Fourcauld,
Ancien interne à Saint-Lazare et à la Santé, etc.

Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique.

Nous avons retranché de ce mémoire (que la Société médico-psycologique a bien voulu récompenser) toute l'introduction.

Cette introduction était entièrement consacrée à une étude générale de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil utéro-ovarien. Nous n'avons pas cru utile de rééditer ici des données scientifiques généralement connues aujourd'hui.

De même que naguère une savante étude du Dr Loiseau faisait naitre au sein de la Société médico-psychologique une discussion fertile, ainsi pouvons-nous espérer que notre modeste mémoire aura, à défaut d'autre mérite, celui d'inviter les hommes spéciaux à publier leurs idées sur la question aussi sérieuse que délicate qui fait l'objet de notre travail.

Quant à la division que nous avons cru devoir adopter, la voici :

Nous avons tracé un tableau succinct de la pathologie générale des affections utérines, en insistant plus particulièrement sur les phénomènes sympathiques que présentent ces maladies; nous avons terminé cette partie, en quelque sorte spéculative, par une étude de la folie sympathique. — Puis, après avoir exposé les faits, nous en avons déduit les conséquences naturelles qu'ils comprennent.

I.

COUP D'ŒIL SUR LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS UTÉRINES ET EN PARTICULIER SUR LES PHÉNOMÈNES SYMPATHIQUES.

Sans rechercher quelles sont les causes des maladies du système utérin, on peut affirmer que ces affections sont d'une fréquence extrême. Peu de femmes traversent leur existence, sans en être atteintes.

Prenez la jeune fille au moment de la puberté : durant tout le temps nécessaire à l'établissement des premières règles, sa santé générale sera le plus souvent altérée.

Le changement physiologique qui la fait sortir de l'enfance aura pour premier effet le phénomène douleur.

Les fonctions du système utérin commencent à peine à s'éveiller, que déjà des soins sont nécessaires.

La menstruation une fois établie, à combien de désordres n'est-elle pas soumise et quelle influence n'ont pas ces désor-

dres sur l'intégrité des organes et par suite sur la santé générale?

Quand la femme devient mère, n'est-elle pas exposée à de nombreux dangers! Une fois l'accouchement terminé, que l'utérus s'arrête dans son involution, ou que cette involution vienne à être troublée, de longues maladies peuvent envahir la matrice (1).

Enfin, à l'âge dit de retour, la femme n'est-elle pas encore exposée?

Remarquez qu'il faut encore ajouter d'autres causes extra-physiologiques, pour ainsi dire, telles que les rapports sexuels, les influences de voisinages, les conditions individuelles, l'influcnee du genre de vie, de l'hérédité, du tempérament, des diathèses.

Cette multiplicité étiologique explique suffisamment le nombre considérable et la variété des affections utérines.

Malgré cette variété, les maladies diverses de l'utérus et de ses annexes ont des traits communs qu'il est important tout au moins d'énumérer.

Parmi les symptômes locaux, celui qui attire le premier l'attention, c'est la douleur. Ce phénomène est variable, surtout quant au mode de production.

La douleur peut en effet être spontanée, ou occasionnée par une provocation mécanique. En ce qui concerne le siège, Aran en reconnaissait trois principaux : douleurs lombo-abdominales, hypogastriques ou utérines, et iliaques ou ovariques.

Un autre ordre de phénomènes très importants est constitué par les écoulements. Il y a là une distinction à faire suivant qu'ils proviennent du vagin, de la vulve ou de l'utérus. Les écoulements de sang, en dehors des époques habituelles des règles, ainsi que les excrétions utérines gazeuses sont des symptômes sérieux qui doivent être pris en considération.

Parmi les phénomènes locaux communs, il faut signaler les

---

(1) Chenet. *De l'involution utérine et de l'engorgement utérin*, 1877.

troubles de la menstruation. Parmi les phénomènes de voisinage nous citerons ceux qui ont pour siège l'appareil de la sécrétion urinaire et la partie la plus basse de l'intestin.

Nous arrivons, maintenant, aux phénomènes dits sympathiques.

On peut placer en première ligne les troubles des fonctions digestives. Ce sont là, en effet, les phénomènes sympathiques dont on constate le plus souvent l'existence. — Ces troubles commencent par un faible affaiblissement de la digestion stomacale (1). Puis ils arrivent successivement à des degrés plus avancés. Quoiqu'il soit rare d'observer des vomissements, il peut en survenir sous forme de véritables accès. M. Villemin en a cité plusieurs exemples (2).

Les troubles hépatiques ne sont pas rares. Bennett qui est le premier qui a appelé l'attention sur ce sujet (3) affirme que dans les affections utérines, les désordres des fonctions biliaires prennent dans certains cas une telle intensité qu'ils prédominent sur tous les autres symptômes. Le même auteur a trouvé plusieurs fois le foie augmenté de volume, hypertrophié ou congestionné chez des femmes atteintes d'affections chroniques du col de l'utérus.

La digestion se faisant mal, l'assimilation est incomplète et la nutrition se trouve altérée. Aussi, après quelques mois de maladie, voit-on survenir la chlorose et l'anémie. On rencontre surtout la chlorose chez les femmes jeunes qui ont été chlorotiques à l'époque de la puberté. Elle est développée à l'occasion de la maladie utérine, plutôt que directement déterminée par elle (4).

L'anémie s'observe plus souvent chez les femmes âgées,

---

(1) Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1858.

(2) *De l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus*, 1857.

(3) *Inflammation de l'utérus*, trad. Peter, 1861.

(4) Courty. *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes.*

atteintes de maladies graves et chez celles qui ont éprouvé des hémorrhagies abondantes et répétées.

La chloro-anémie est presque toujours accompagnée d'un affaiblissement général et d'amaigrissement.

Le visage prend alors un aspect spécial connu sous le nom de faciès utérin.

On peut peut-être considérer comme lié à ce defaut de nutrition certaines lésions de l'œil.

M. Meyer possède des observations d'irido-choroïdites se montrant soit dans le cours de la vie sexuelle troublée dans son évolution, soit au moment de la ménopause, en rapport direct avec les autres manifestations de l'âge critique (1). Le même auteur a publié deux observations d'affections du tractus uvéal consécutives aux troubles qui ont accompagné l'établissement de la menstruation chez deux jeunes filles.

Les troubles de la menstruation, et même, chez certaines personnes, la venue ordinaire des règles peuvent amener des lésions de l'appareil oculaire. Dans une excellente thèse, M. Lerat a démontré (2) la sympathie qui existe entre ce dernier appareil et le système utéro-ovarien.

C'est ainsi qu'il ressort de ses observations :

1° Qu'en vertu de cette sympathie certaines altérations de nutrition de l'œil et de ses annexes paraissent se développer ou s'aggraver sous l'influence menstruelle.

2° Chez certaines femmes qui ont une éruption menstruelle et difficile et irrégulière, il se produit, au moment des règles, des poussées conjonctives du côté des yeux.

Comme l'a fort bien fait observer Aran, les phénomènes de congestion active, observés vers les organes pelviens, peuvent être répétés au delà par des espèces de raptus sanguins dans les organes les plus importants comme le cœur, le poumon et surtout le cerveau.

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, année 1878, n° 108.

(2) *Essai sur certaines lésions de nutrition de l'œil liées à la menstruation*, 1878.

Il existe aussi des phénomènes sympathiques nerveux qui, considérés sous le rapport de la fréquence, viennent après les troubles de l'appareil digestif. Nous ne ferons que mentionner ici les troubles cérébraux proprement dits, l'hystérie et les paralysies diverses, ce mémoire étant consacré spécialement à l'étude de ces phénomènes. Mais il en est d'autres dont nous devons dire quelques mots.

Personne n'ignore que la majeure partie des femmes présente des changements dans leur caractère à l'époque de leurs règles, principalement quelques jours (le nombre est variable suivant les sujets) après leur apparition. C'est ainsi qu'on observe de l'agacement, de la tristesse, de l'inquiétude, un besoin irrésistible de pleurer, de la migraine.

Les affections utérines, celles qui sont chroniques surtout, donnent lieu à des névroses particulières. Par exemple la névrose laryngo-bronchique connue sous le nom de toux utérine. On a observé également et dans les mêmes cas des névroses cardiaques, des palpitations douloureuses, des névroses vésicales, du ténesme, etc.

On a constaté aussi une névrose bronchique se traduisant par des accès de dyspnée, par de véritables crises d'asthme.

En ce qui concerne les névralgies, en exceptant la névralgie lombo-abdominale, que l'on peut considérer avec Aran comme due à une propagation des douleurs du système utérin, nous voyons que celles qui se manifestent sur des points éloignés peuvent être divisées en deux classes :

1° Celles qui sont dues à l'état anémique du sujet. En effet, comme le fait remarquer le professeur Jaccoud (1), ces douleurs, suivant la saisissante expression de Romberg, sont le cri de détresse des nerfs implorant un sang plus généreux ;

2° Celles qui affectent dans leurs manifestations une forme hystérique et qui sont dues à un effet sympathique nerveux. L'impression qu'ellés font éprouver aux malades a été appelée par Sydenham clou hystérique.

(1) Jaccoud. *Traité de pathologie interne*, t. II.

Ainsi les affections diverses de l'appareil utéro-ovarien s'accompagnent presque toujours, pour ne pas dire toujours, de phénomènes sympathiques divers. Nous allons étudier maintenant celles de ces sympathies qui affectent le système nerveux.

Nous croyons que ces phénomènes peuvent être groupés sous deux chefs :

1° Folie sympathique ou névroses cérébrales, névroses intellectuelles ;

2° Névroses cérébro-spinales ou simplement spinales, comprenant :

a. — L'hystérie et l'épilepsie sympathiques.

b. — Les paralysies sympathiques.

Il serait superflu d'étudier la sympathie morbide en général. Mais il est indispensable, avant de commencer notre étude *spéciale*, de dire quelques mots de la folie sympathique.

II.

DE LA FOLIE SYMPATHIQUE.

La folie sympathique a été admise depuis la plus haute antiquité de la médecine. Dans une remarquable thèse (1), M. Loiseau, à qui nous allons beaucoup emprunter, en a tracé un historique complet que nous ne rééditerons pas. Admise par presque tous les médecins, la folie sympathique a trouvé un puissant adversaire dans Georget (2). Pour cet auteur, c'est l'organe intellectuel qui se dérange toujours le premier; les troubles des autres fonctions sont *sympathiques de l'affection cérébrale*.

Pourquoi alors nier la relation inverse, pourrions-nous demander ?

---

(1) *De la folie sympathique*, 1856.

(2) *De la folie.*

Nier la folie sympathique, c'est-à-dire celle qui est déterminée par l'influence d'un état organique quelconque ou d'un trouble fonctionnel, c'est nier l'évidence, c'est nier les faits bien observés. Il nous paraît irraisonnable de mettre en doute la folie sympathique, parce qu'elle n'est pas constante dans toutes les affections viscérales. Cela équivaut à nier, par exemple, la paralysie diphthéritique, parce qu'elle ne se rencontre pas dans tous les cas de diphthérie. Il est vrai que Georget admet que les fonctions intellectuelles peuvent, dans certains cas, être lésées sympathiquement, mais ce n'est pas alors de la folie, c'est du délire aigu, comme dans toutes les maladies graves. Ceci admis, pourquoi ne pas admettre que des altérations organiques lentement produites et de longue durée peuvent donner lieu à un délire chronique ? Au surplus, Moreau (de Tours) a établi que les troubles fonctionnels du cerveau se confondent tous à leur origine (1).

La folie sympathique est une triste réalité ; les faits vont nous le montrer ; ils parlent plus haut que tous les raisonnements.

Prenons, dès l'abord, les maladies aiguës.

La *fièvre typhoïde* peut être suivie de folie, qui ne tarde pas à disparaître dès que la convalescence touche à sa fin. De nombreuses observations en font foi. (Nous avons eu soin d'écarter, dans les cas que nous citons, les observations dans lesquelles on constate du délire aigu en rapport avec l'état pyrétique du sujet.)

Trélat a signalé un cas de conception délirante et un autre dans lequel on remarque une perte partielle de la mémoire avec hypochondrie (2).

Louis (3), Chomel (4), Max Simon (5), Trousseau (6),

(1) *De la folie au point de vue pathologique et anatomo-pathologique.*

(2) *Ann. médico-psychologiques*, année 1856.

(3) *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre.*

(4) Leçons de clinique médicale.

(5) *Journ. des connaissances médico-chirurgicales*, 1844.

(6) Cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Thore (1), Marié (2), Delasiauve (3), Mugnier (4), ont publié des observations très nettes là dessus. On les trouvera rapportées dans la thèse de M. Chéron (5), qui en a ajouté quelques-unes de personnelles.

L'influence du choléra sur la production de la folie n'est pas douteuse. Marcé, le Dr Bazin (de Bordeaux) et Delasiauve en ont fourni des preuves. Pour cet aliéniste, le trouble mental aurait pour cause essentielle l'altération physico-chimique du sang produite par le choléra.

De même nous trouverons dans l'ouvrage déjà cité du Dr Chéron, de nombreuses observations de névroses intellectuelles consécutives aux fièvres éruptives, à la pneumonie, à la pleurésie et à la bronchite, à l'érysipèle, à l'angine tonsillaire, au rhumatisme articulaire aigu. Le pronostic de ces folies est en général très favorable.

Dans le nombre considérable d'observations qu'il nous a fallu compulser, nous avons remarqué que, le plus souvent, on n'avait fait aucune recherche au point de vue de l'hérédité. C'est là un point très important ; il ne faut point oublier, en effet, qu'un changement subit dans les conditions ordinaires de l'individu soumis aux lois de l'hérédité, que ce changement soit la suite de troubles moraux ou de troubles purement morbides, peut jouer le rôle de la goutte d'eau qui fait déborder un verre déjà plein.

Quoi qu'il en soit de cette réflexion qui a sa valeur, la folie consécutive aux maladies aiguës est indéniable. Même en admettant qu'elle affecte la forme du délire aigu et que, suivant l'opinion de Georget, on ne puisse l'appeler sympathique dans le sens qu'on donne à ce mot, cela n'infirme en rien notre thèse. Voici, en effet, de nombreux cas que nous empruntons à Loi-

(1) *Ann. médico-psychologiques*, année 1850.

(2) *Traité de médecine mentale*, 1864.

(3) *Journal de médecine mentale*, 1864.

(4) *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, 1865.

(5) *Obs. sur la folie consécutive aux maladies aiguës*, 1866.

seau et qui prouvent, d'une façon péremptoire, la production de folies sympathiques à la suite d'affections chroniques, apyrétiques et lentement produites.

Au premier rang nous trouvons, comme causes des folies sympathiques, les lésions des organes de la digestion et des fonctions de nutrition. Les observations d'Esquirol, de Louyer-Villermay, de Barras, de Bayle, de Friedreich, ne laissent aucun doute à cet égard. Citons des exemples :

1° Gastro-entérite chronique; manie intermittente; guérison (Bayle);

2° Affection chronique des voies digestives; mélancolie; excitation maniaque (Bayle);

3° Affections cancéreuses de l'estomac; manie et lypémanie (Loiseau, 2 cas); (Mathey, 1 cas); (Bonet, 1 cas);

4° Affection chronique des voies digestives; hallucinations; idées de suicide; guérison (personnelle) (1).

L'influence des altérations intestinales n'est pas moins réelle; en voici des exemples :

1° Constipation; à chaque récidive, hallucinations auditives et visuelles (Guislain);

2° Déplacement du côlon transverse; manie; mélancolie (Esquirol, 1 cas); (Wichmann, 1 cas); (Hesselbach, 1 cas); (Greding, 1 cas);

3° Rétrécissement du côlon; manie; mélancolie (Bergmann),

La présence de corps étrangers dans le canal alimentaire peut aussi donner lieu à la folie. Nous avons eu personnellement occasion d'en observer un exemple chez une jeune fille de 22 ans qui avait des vers intestinaux. On possède, du reste, une foule de faits analogues. Il est à remarquer que c'est du délire furieux qu'occasionnent principalement les vers intestinaux.

Les maladies du foie et les désordres qui peuvent se produire

(1) Il nous a paru inutile de publier ici cette observation ainsi que celle dont est question plus loin, parce qu'elles ne se rattachent qu'indirectement à notre sujet.

dans le système biliaire amènent souvent des névroses intellectuelles, pas aussi fréquemment cependant que l'admettaient les anciens. Voici deux observations probantes :

1° Folie hypochondriaque consécutive à une hépatite aiguë; guérison (Michéa);

2° Folie hypochondriaque consécutive à une maladie du foie autopsie (S. Pinel).

Donc l'influence des affections des viscères abdominaux, dans la production de la folie, est évidente.

Nous ne disons pas : toute lésion abdominale ou toute lésion utérine amène de la folie sympathique, pas plus que toute folie reconnaît pour cause une affection viscérale. Il est aussi absurde, à notre sens, d'affirmer que la mélancolie débute par les appareils de la cavité abdominale, que de prétendre qu'elle commence toujours par l'encéphale.

La vérité est que si le cerveau a une influence réelle et indéniable sur les viscères, il n'est pas moins vrai que ces derniers en ont sur lui. Cette loi est surtout démontrée fréquemment en ce qui concerne l'utérus. Nous le prouverons amplement dans le chapitre suivant.

L'existence de la folie sympathique mise hors de doute, comment l'expliquer ? Quel est le mécanisme de sa formation ?

On a échafaudé bien des hypothèses depuis Sennert, qui croyait au transport des vapeurs subtiles d'un organe à l'autre, jusqu'à nos jours. Les uns ont invoqué la circulation du sang, ou la communication par l'intermédiaire du tissu cellulaire; d'autres la présence des nombreux rameaux du grand sympathique.

On admet aujourd'hui que l'impression organique est transmise au cerveau qui la réfléchit sur la partie qui doit subir l'influence de l'irradiation nerveuse. Le bulbe rachidien et la moelle peuvent être le point de départ de la réflexion. Si le cerveau est sympathiquement impressionné, on admet encore qu'il y a une transmission nerveuse directe.

Pour M. Loiseau, et nous adoptons personnellement son explication, les névroses intellectuelles sont des actions réflexes.

Depuis les travaux de Flourens, on sait que l'*intelligence* a son siège dans les hémisphères cérébraux, et spécialement dans les couches corticales grises de ces hémisphères. Partant de cette sorte de localisation, M. Loiseau croit que les impressions transmises par les organes malades sont réfléchies sur la couche corticale du cerveau. Les névroses intellectuelles sont le résultat de cette réflexion.

III.

DE LA FOLIE SYMPATHIQUE CONSÉCUTIVE AUX AFFECTIONS DIVERSES DE L'APPAREIL UTERO-OVARIEN.

La folie sympathique des affections utérines, quoique surabondamment prouvée, comme nous allons l'établir par de nombreuses observations, a rencontré néanmoins quelques incrédules.

Cela est d'autant plus étonnant que son existence peut être affirmée, en quelque sorte, *a priori*.

En effet, nous venons de voir : 1° Que les affections utérines produisent des effets sympathiques sur les différents viscères, ainsi que sur les grandes fonctions de l'économie. Pourquoi le cerveau ferait-il exception ?

2° Qu'il existe dans la science de nombreuses observations de folies sympathiques des divers viscères. Pourquoi l'utérus exposé à tant de maladies, lui qui joue un rôle si important dans la vie physiologique de la femme, ne donnerait-il pas lieu aux mêmes phénomènes lorsqu'il est lésé ou troublé dans ses fonctions?

Dans les questions du genre de celle que nous étudions, c'est des faits que vient la lumière. Nous allons donc les exposer. Nous ferons remarquer que dans les observations qui nous sont personnelles et dans le plus grand nombre de celles que

nous publions, on ne peut invoquer l'hérédité comme cause de la folie. Nous avons fait suivre de la mention *hérédité non recherchée* le numéro d'ordre des observations douteuses.

De plus, chacune des observations dans lesquelles on a constaté la guérison montre que la folie est venue avec la maladie utérine et a disparu avec elle. Ce rapport, demandé par M. Parchappe lors de la discussion qui eut lieu au sein de la Société médico-psychologique, doit exister en effet pour qu'il soit possible d'affirmer qu'il y a eu folie sympathique.

M. Buchez a fait observer que le trouble mental pouvait provenir des commentaires exagérés auxquels la souffrance donne lieu. Dans la grande majorité des cas que nous allons exposer, les malades ne prêtaient aucune attention à l'affection utérine, plusieurs même ignoraient son existence, et dans beaucoup les douleurs étaient loin d'être vives.

Du reste ne doit-on pas, comme le fait remarquer Azam (1), se rappeler la définition donnée par Cerise :

« La sympathie est un rapport de souffrance se manifestant sans que nous en ayons conscience entre des parties qui n'ont pas entre elles d'étroites relations fonctionnelles... La sympathie n'est pas une fonction, et elle n'est pas, quand elle se manifeste, accessible à la conscience ; la lésion d'une partie retentit dans une autre sans que dans l'intervalle nous soyons avertis de ce retentissement prochain, sans que, à plus forte raison, nous puissions le prévenir. »

Il est nécessaire, pour ne point se perdre au milieu de nombreuses observations, de suivre un fil conducteur, aussi avons-nous groupé ces observations sous les chefs suivants :

1° Puberté, — 2° Désordres de la menstruation ; — 3° Grossesse et accouchement ; — 4° Affections diverses de l'utérus et de ses annexes ; — 5° Ménopause.

---

(1) *De la folie sympathique provoquée et entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes.* Bordeaux, 1858.

§ I. — *Puberté.*

La puberté est l'apparition de la faculté procréatrice ou mieux la série des phénomènes d'accroissement qui accompagnent la première maturation et chute d'un ovule chez les filles. (Littré et Robin.)

Ce moment est marqué par un changement notable, non seulement de l'appareil utérin, mais encore de tout l'*habitus corporis*.

Si tout se passe dans l'ordre voulu, on ne remarque rien de particulier au point de vue cérébral, si ce n'est une exaltation morale et intellectuelle d'assez courte durée (1). Au contraire, si les règles ont de la peine à s'établir, on pourra assister à quelques désordres *nerveux* dont il sera question plus loin. Mais il y a peu d'observations prouvant réellement l'existence d'une névrose intellectuelle en rapport avec la puberté. Esquirol et Brierre de Boisemont en ont publié cependant des cas inattaquables.

Il n'en est plus de même lorsque la menstruation une fois établie vient à être troublée dans son évolution accoutumée.

§ II. — *Désordres de menstruation.*

L'influence de ces désordres sur le cerveau est admise depuis longtemps. Hippocrate décrit en effet un délire caractérisé par des visions, des terreurs, une propension à l'homicide et au suicide chez les jeunes filles atteintes de dysménorrhée ou de suppression du flux cataménial (2). Bonnet (3), Willis (4), Sau-

---

(1) Ossiander. *Maladies de développement du sexe féminin.*

(2) περι παρθενιων.

(3) *Sepulchretum*, 1679.

(4) *Opera omnia*, 1681.

vages (1), Dorfmuller (2) et bien d'autres encore parlent de maladies mentales engendrées, en dehors de toute hérédité, par des troubles menstruels. D'après Esquirol ils entrent pour un sixième parmi les causes physiques de la folie.

Pourquoi s'en étonnerait-on? Les phénomènes de congestion active, par exemple, peuvent être répétés au delà vers le cerveau, comme l'a fait observer Aran.

De plus, dans la majeure partie des cas, il y a lésion intérieure ou souffrance de l'organe.

Voici, du reste, un certain nombre d'observations.

OBSERVATION I. — (Esquirol).

Une jeune fille, devenue aliénée par la suppression des règles, alla se jeter au cou de sa mère en disant qu'elle était guérie. Les menstrues avait coulé abondamment, et la raison s'était rétablie aussitôt.

OBS II (Edme, Courot).

Une jeune fille, réglée à 20 ans, cesse de l'être après sa seconde menstruation et est affectée de lypémanie. Délire des persécutions. La réapparition des règles fait cesser la maladie. Cinq ans après, elle eut une nouvelle suppression de flux menstruel et sa mélancolie reparut avec le même caractère.

OBS. III (Vering).

Une femme de Paris, ayant une suppression depuis trois mois, est atteinte de mélancolie. Douleurs de tête continuelles. Elle veut se donner la mort en se jetant dans la Seine. Elle allait exécuter son dessein, lorsque chemin faisant, ses règles reparurent. Elle sentit aussitôt ses idées se modifier et revint guérie.

(1) *Nosologia methodica.*

(2) *Dissert. de mel. idiopath. et sympath.*, 1759.

Obs. IV (Loiseau).

Une femme voit tomber la foudre près d'elle. Ses règles se suppriment, un accès de manie survient. Huit mois après la manie cesse avec le retour de la menstruation.

Obs. V (Loiseau).

Une femme ayant ses menstrues est mouillée par une averse ; suppression des règles ; un accès de manie éclate qui dure trois mois. Elle guérit avec la réapparition des règles.

Obs. VI (Landouzy).

Une jeune fille était atteinte d'hystérie compliquée de lypémanie suicide. Dysménorrhée. Grâce à un traitement approprié les règles reprirent leur abondance et leur régularité, tous les accidents disparurent alors.

Obs. VII (Benoît de Vérone).

Une italienne qui courait nue dans la ville entre par hasard dans une maison de débauche et s'y livre à quinze hommes; ses règles arrêtées depuis longtemps coulèrent abondamment et elle fut guérie de son délire.

Obs. VIII (Azam ; hérédité non recherchée).

La nommée M.., âgée de 36 ans, entre à l'asile d'aliénées de Bordeaux le 20 mai 1855.

Elle est lypémanique à l'excès; elle veut se laisser mourir de faim.

Elle a des métrorrhagies considérables.

Elle se refuse à toute exploration.

Au bout de deux ans elle a été rendue à sa famille, améliorée mais non guérie au point de vue mental.

Je pourrais citer un grand nombre d'observations.

J'ai cru devoir me contenter de transcrire celles qui précédent.

Parmi celles que j'ai laissées de côté, quelques-unes, fort intéressantes, présentaient des cas complexes. Les malades, en même temps qu'une menstruation irrégulière, étaient atteintes d'une affection du foie. Cette dernière maladie était-elle due à l'état de l'utérus ? La folie qui était constatée était-elle sympathique de l'affection hépatique, de la maladie de l'utérus, ou des deux à la fois ? Ce sont là autant de cas douteux qu'il vau mieux passer sous silence.

En résumé, les désordres de la menstruation sont des causes de folie.

Voici les recherches d'Esquirol à ce sujet (1) :

Salpétrière : Sur 426 aliénés il a trouvé 55 cas de folie causée par des désordres de la menstruation.

Maison Esquirol : Sur 264 aliénés, 19 cas de folie causée par des désordres de la menstruation.

C'est surtout l'aménorrhée qui est suivie de folie.

La forme de folie qu'on observe généralement est la lypémanie avec des idées d'homicide ou de suicide.

§ III. — *Grossesse et accouchement.*

La grossesse imprime des modifications immenses à l'appareil reproducteur. Quand l'utérus est gravide on observe presque toujours, pour ne pas dire toujours, des troubles de l'innervation. Sont-ils dus, comme le croit Loiseau, à une suractivité fonctionnelle de l'organe qui réagit alors plus énergiquement sur les centres nerveux ? c'est possible pour les premiers mois ; mais plus tard il faut invoquer les phénomènes de compression. Voici un fait qui semble le prouver. Il y a quelques mois je fus appelé, le soir, auprès d'une jeune femme de 25 ans enceinte de sept mois et qui, au moment d'aller au théâtre, n'avait pas pu articuler un seul mot. Elle comprenait

(1) *Des maladies mentales*. Paris, 1838.

fort bien mes questions et répondait par signes. Violent mal de tête; pas de déviation de la face; sensibilité conservée. En examinant le ventre avec la main je m'aperçus qu'elle portait un corset très serré. Je le fis enlever immédiatement, et la parole revint aussitôt.

Mme X.., n'a pas repris de corset jusqu'à la fin de sa grossesse qui s'est heureusement terminée, et il n'est jamais arrivé depuis d'accident analogue à celui que je viens de décrire.

Plusieurs auteurs ont cru devoir invoquer les changements survenus dans la composition du sang. Quelle que soit l'explication qu'on admette, le fait existe. En voici quelques exemples :

OBSERVATION I. (E. Courot).

Le lendemain de ses noces, une jeune femme présente du trouble dans les idées. On attribua ce dérangement dans la raison à des fatigues physiques. Mais elle était enceinte. Deux fois depuis, elle devint grosse et chaque fois, elle se mit à délirer dès le premier jour de la conception.

OBS. II (Esquirol).

Cas absolument identique au précédent.

OBS. III (E. Courot).

M. Courot cite dans sa thèse une dame qui devenait aliénée, de deux grossesses l'une.

On trouvera plus loin trois observations assez curieuses. Elles tendent à prouver que la folie sympathique, déterminée par la grossesse et guérie peut revenir, plus tard, sous la détermination d'une affection utérine. L'état puerpéral prédispose singulièrement à la folie. Déjà, en 1759, Dorfmüller plaçait le siège primitif de la folie des nouvelles accouchées dans l'état morbide des organes de la génération, consécutif à l'accouchement. Cette idée nous paraît extrêmement juste. Esquirol af-

firme que, dans le plus grand nombre des cas, l'explosion du délire a été précédée de la suppression de lochies ou de la sécrétion lactée. Il ajoute cependant que quelquefois la raison des accouchées s'égare sans qu'on observe ces deux derniers phénomènes. On trouvera dans le remarquable mémoire de ce maître un grand nombre d'observations qu'il serait trop long de rapporter (1).

Dans la folie des femmes grosses nouvellement accouchées on remarque la prédominance des idées tristes avec des impulsions au meurtre.

§ IV. — *Affections utérines diverses.*

L'ordre que j'ai suivi dans la classification des observations n'a point été abandonné au hasard. J'expliquerai, en résumant mes observations, comment il s'imposait de lui-même.

1° *Métrites*; *ulcerations diverses du col.* — J'ai placé la métrite dans la même catégorie que les ulcérations du col, parce que ces dernières sont occasionnées par cette maladie. Mais les ulcérations en elles-mêmes peuvent être considérées comme une véritable affection utérine, à cause de leur tendance à persister et à s'accroître. Courty fait remarquer avec justesse que la facilité de régénération qui caractérise le tissu utérin, au lieu de communiquer aux ulcérations une facilité de guérison, les dispose au contraire, par la tendance de la muqueuse à la granulation, à s'étendre ou à dégénérer en ulcérations profondes qui finissent par nuire à tout l'organisme (2).

Malgré l'opinion de Robert Lee, les ulcérations du col, comparativement aux maladies utérines, sont extrêmement fréquentes.

---

(1) *Aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices.*

(2) Courty. *Loc. cit.*, p. 787.

Courty a trouvé en effet 425 ulcérations sur 1,563 maladies utérines ; Bennett, 237 sur 300 ; West, 17 sur 29.

Dans les observations qui me sont personnelles, j'ai pris soin de noter la nature des ulcères que j'avais à examiner ; je regrette de n'avoir pu trouver cette indication dans celles que j'ai recueillies *in libris*

OBSERVATION I. — (personnelle).

Madame C..., âgée de 39 ans, réglée à 14 ans, toujours bien réglée a joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 36 ans. A ce moment elle a été atteinte de métrite catarrhale qui a été soignée en province. Elle s'est crue guérie et est venue habiter Paris il y a un an. Depuis cette époque, elle a eu des pertes blanches, des douleurs lombaires, son appétit qui était très bon a disparu. Son caractère très gai autrefois est devenu très triste. La nuit elle se réveille en sursaut ; elle entend des voix d'hommes qui veulent l'emmener en Egypte, mais malgré les sommes considérables qu'on lui propose, elle pleure à l'idée de quitter son mari et ses enfants. Sa vie est perdue. Sur les conseils de quelques personnes, elle a fait de l'hydrothérapie. Ce traitement a amené une certaine amélioration. Depuis qu'elle l'a cessé, la mélancolie a augmenté. Il s'y joint des idées de suicide. Consulté sur les moyens à employer pour la faire mettre dans un asile d'aliénés, je demande à visiter la malade. Elle s'y refuse d'abord énergiquement, puis finit par céder. Le 5 novembre 1877, je constate une large ulcération occupant les deux lèvres du col, et en rapport avec une métrite chronique.

Je fais reprendre l'hydrothérapie. Régime tonique.

Cautérisations avec une solution de nitrate d'argent.

Au bout de deux mois, l'ulcération a complètement disparu. Il n'y a presque pas d'écoulement. Plus d'hallucinations ; il reste seulement de la mélancolie. En juin, grande amélioration. J'envoie la malade à Néris. Elle revient complètement guérie. Madame C... observe avec soin le moindre dérangement de l'utérus. La guérison jusqu'ici ne s'est pas démentie.

OBS. II (Azam ; résumée).

La femme R..., 30 ans, couturière, entre à l'asile de Bordeaux, le

15 février 1855. Nerveuse et impressionnable elle a eu dans son enfance des convulsions. Jusqu'à l'âge de 15 ans, crises de somnambulisme naturel. Mariée à 17 ans, pas d'enfant. En 1853, son caractère s'est aigri, elle se trouve malheureuse ; ses nuits sont troublées par des cauchemars; elle ressent des bouffées de chaleur à la tête. En même temps, fréquentes envies d'uriner avec sentiment de pesanteur dans les lombes. Quelques pertes blanches, menstruation irrégulière. Le 13 août 1854 une exécution capitale a lieu près de chez elle. Elle croit la voir et a une violente attaque de nerfs. Depuis ce jour elle rêve constamment à cet idée fixe. Elle consulte un médecin qui lui dit qu'elle deviendra folle et lui fait lire certains passages d'un livre, qui ne tardent pas à la convaincre. Depuis lors, elle ne mange plus que poussée par la faim la plus vive, et le 5 février 1855, elle tente de se suicider par le charbon. A son entrée, à l'asile de Bordeaux, on constate tous les caractères de la lypémanie avec tendance au suicide. L'examen au spéculum permet de reconnaître une ulcération granuleuse du col de l'utérus qui paraît se prolonger dans la cavité du col. Après un mois et demi de traitement, l'ulcération est cicatrisée. L'état mental s'est en même temps modifié d'une façon notable. En avril, elle est atteinte d'une fièvre typhoïde pendant laquelle l'amélioration de cet état ne s'est pas démentie. Exéat, le 7 mai, complètement guérie. En 1858, elle était en parfaite santé.

Obs. III (Azam; résumé).

P... Femme V..., d'un tempérament lymphatico-nerveux, issue de parents bien portants, entre à l'asile de Bordeaux, le 8 mai 1857. Cette femme est mère de trois enfants. Deux mois après ses dernières couches son moral s'est modifié. Elle a envie à chaque instant de battre ses enfants et tombe dans une profonde tristesse. Elle se croit damnée et cherche trois fois à se suicider.

A son entrée elle offre le type de la lypémanie la plus avancée. Elle se plaint de douleurs lombaires et de pertes blanches abondantes. Le spéculum permet de constater une ulcération granuleuse du col. On ne peut continuer le traitement à cause de la résistance de la malade ; son état mental ne s'est ni aggravé, ni amélioré.

Obs. IV (Azam ; résumé).

G..., femme V..., âgée de 34 ans, forte et bien constituée, née de parents sains, entre à l'asile de Bordeaux, le 16 juin 1855.

Depuis un mois, elle est atteinte de délire mélancolique avec accès de fureur et exaltation religieuse. Elle a voulu tuer son mari et ses enfants pour les envoyer en paradis ; elle profère souvent des menaces de mort et de suicide. Au bout de deux mois, elle se plaint de douleurs lombaires et a des pertes blanches assez abondantes.

Examinée au spéculum, on reconnait une ulcération granuleuse du col.

Le traitement ordinaire est appliqué et son état mental s'améliore.

Quoique la mélancolie soit toujours prononcée, elle est rendue à sa famille au mois d'octobre.

Elle rentre à l'asile, le 18 août 1857. La lypémanie est très-caractérisée ; quoique l'affection du col paraît exister toujours, on ne peut s'en assurer, la malade s'y refusant absolument.

Obs. V (Azam ; résumé).

B... femme B..., âgée de 21 ans, entre à l'asile de Bordeaux, le 16 juin 1855.

Née de parents sains, elle est aliénée depuis la fin de 1852. D'après les renseignements, sa folie remonte à ses dernières couches qui ont été très-laborieuses et qui ont amené des métrorrhagies très-graves.

Hallucinations de la vue. Tentative de suicide par inanition.

On l'examine au spéculum et on constate une ulcération granuleuse du col. Le délire étant continu, on doit renoncer à tout traitement.

Obs. VI (personnelle).

Madame B... âgée de 38 ans, bien réglée, mère de trois enfants, sans antécédents, ni hérédité au point de vue intellectuel, se plaint depuis quelque temps de malaise à la région pelvienne, avec douleur du côté du sacrum, s'augmentant par les efforts divers. Quelques pertes blanches. Elle ne consulte personne et devient extrêmement triste. Elle pleure presque toute la journée. Elle entend la nuit une voix qui lui dit qu'elle mourra bientôt. Elle ne veut prendre aucune

nourriture. Je constate une métrite simple. Au bout d'un mois la malade va très-bien. Il n'y a plus ni douleur, ni écoulement. Le col qui était volumineux a repris sa forme ordinaire. L'état mental est excellent. Madame B... est gaie et est la première à rire de ses idées d'autrefois. Jusqu'à présent, la guérison ne s'est pas démentie.

Obs. VII (communiquée).

La nommée C... Irma, hôtelière, est tombée depuis plusieurs mois dans une grande tristesse. Il est presque impossible de la faire parler. Elle perd abondamment en blanc, et les mouvements de la voiture dans laquelle son mari la fait promener pour tâcher de la distraire lui occasionnent de vives douleurs, dans la région pelvienne. Le 20 décembre 1877, elle tente de se jeter par une des fenêtres de sa maison. On l'en empêche à temps, et il survient une crise de délire furieux. Le médecin appelé constate quelques jours après une large ulcération du col.

Après deux mois de traitement pendant lequel l'état mental s'est amélioré progressivement, l'ulcération disparaît et la raison ne tarde pas à revenir d'une façon complète. C... a pu reprendre ses occupations habituelles.

Obs. VIII (personnelle).

La nommée H... Barbe, âgée de 42 ans, encore bien réglée, vient me consulter le 12 novembre 1877. Depuis quelque temps, elle a fréquemment des tournements de tête, et comme un brouillard devant les yeux. Elle n'a de goût à rien, est profondément triste, pleure en parlant de choses qui n'ont pour elle aucun intérêt. Elle croit voir constamment des insectes sur elle. Elle perd beaucoup en blanc et à de violentes douleurs lombaires. En l'examinant, je constate une ulcération assez profonde, ainsi que du catarrhe purulent.

Je la vois deux fois par semaine et dans les premiers jours de février, elle est complètement guérie, tant au physique qu'au moral.

Il reste seulement quelques tournements de tête, beaucoup plus rares qu'auparavant.

Obs. IX (personnelle).

La nommée Mathilde L..., âgée de 25 ans, modiste, vient me con-

sulter le 15 février 1878. Elle a été réglée à 13 ans et toujours d'une façon régulière. Elle a eu un enfant à l'âge de 17 ans. L'accouchement fut très facile, mais L... se leva au bout de six jours pour reprendre ses occupations. Depuis cette époque, elle a toujours souffert, la marche est pénible. Douleurs lombaires et dans le flanc gauche ; sensation de poids entre les jambes. Il y a eu là évidemment un arrêt dans l'involution utérine.

Depuis quelques mois elle a de fréquentes envies de vomir, une grande faiblesse générale, des sueurs nocturnes, de l'étouffement, des palpitations.

L'appétit est presque nul, le sommeil mauvais ; elle a des cauchemars terribles. Elle pleure facilement, est d'une grande tristesse et se croit perdue. Lorsque les douleurs sont trop fortes, il survient une constipation opiniâtre. Bruit de souffle au premier temps et à la base et à double courant dans les carotides. Il y a huit jours, elle a tenté d'attenter à ses jours en avalant une once de laudanum.

C'est ce qui a déterminé sa mère à la faire soigner.

Je constate, en l'examinant au spéculum, un très léger abaissement.

Le col est hypertrophié. Il existe une ulcération anfractueuse et irrégulière saignant au moindre contact. L'orifice est entouré de fongosités saignantes. Les bords sont renversés en dehors. La partie centrale de l'ulcération porte sur le canal cervical qui a participé au renversement des lèvres du col. Ce dernier est très congestionné. Après les règles, scarifications sur le col. Régime tonique. Plusieurs autres scarifications.

Au bout de quinze jours, le col a notablement diminué de volume et la coloration violacée a fait place à une teinte beaucoup plus normale.

La marche n'occasionne plus de souffrance. L'état général s'améliore, le sommeil est meilleur. Presque plus d'idées tristes. Il reste quelques hallucinations de l'ouïe.

Dans les premiers jours d'avril, après les règles, la congestion se reproduit en partie. L'ulcération qui a beaucoup diminué reprend un peu de place. Glycérine iodurée. Applications galvaniques.

La mélancolie reparaît et le sommeil est plus agité. Au bout d'un mois, après quelques cautérisations avec le crayon d'azotate d'argent l'ulcération disparaît, il n'y a plus de congestion, la santé générale est excellente ainsi que l'état mental. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

Obs. X (personnelle).

La nommée G..., cuisinière, âgée de 25 ans, présente depuis quelque temps un grand changement de caractère ; elle est sombre, parle peu, et se plaint d'être réveillée chaque nuit par un être invisible qui lui ordonne de se lever pour se mettre au travail.

Le 5 novembre 1877, elle se jette par la fenêtre de sa cuisine située à l'entresol et tombe dans la cour de la maison, sans se faire aucun mal. Quelques jours plus tard, je constate, en l'examinant au spéculum, une assez large ulcération présentant des colonnes de papilles symétriquement rangées. Ecoulement blanchâtre. Douleurs lombaires assez vives. Après un mois et demi de traitement, en même temps que l'affection utérine a disparu, l'état mental est redevenu normal.

Obs. XI (Azam ; hérédité non recherchée).

P... 30 ans, entre à l'asile de Bordeaux le 8 mai, morte le 10 des suites d'une inanition prolongée.

Lypémanie suicide par refus d'aliments.

A l'autopsie, col et muqueuse noirâtres et ramollis. Traces d'une violente métrite chronique.

Obs. XII (Azam ; hérédité non recherchée).

B... 29 ans, entrée le 24 septembre 1850, morte le 2 mai 1851 de ramollissement cérébral aigu.

Délire mélancolique.

Matrice offrant trois fois le volume ordinaire. Ulcère noir et inégal sur toute la partie vaginale du col.

Obs. XIII (Azam ; hérédité non recherchée).

L... 50 ans, entrée le 6 mai 1850. Elle est atteinte de lypémanie suicide depuis sept mois. Elle s'est précipitée par une fenêtre et meurt le 9 mai des suites de sa chute.

Ulcère profond du col, et inflammation chronique de la muqueuse vaginale et vulvaire. Matrice ayant une fois et demie le volume normal.

Obs. XIV (Azam; hérédité non recherchée).

C... 31 ans, entrée en juin 1851, morte en septembre même année.

Lypémanie religieuse.

Profonde ulcération du col de la matrice. Induration du tissu de l'utérus.

Cas douteux, cette malade étant atteinte de la pellagre.

Obs. XV (Azam; hérédité non recherchée).

C..., sourde-muette et imbécile, 29 ans, entrée en janvier 1852, morte en septembre d'apoplexie cérébrale. Un mois avant sa mort, elle a refusé de prendre des aliments.

Ulcération profonde du pourtour du col de l'utérus.

Obs. XVI (Azam; hérédité non recherchée).

L..., 40 ans, entrée en août 1850, morte en janvier 1863.

Délire général.

Ulcère du col. Vaginite chronique.

Obs. XVII (Azam; hérédité non recherchée).

Mme S..., 30 ans, entre pour la première fois le 30 mai 1853.

Délire mélancolique. Elle croit à sa fin prochaine. Dieu la punira pour tous les crimes qu'elle prétend avoir commis.

Ulcération du col de l'utérus, commencement de traitement.

La famille la retire en promettant de faire continuer les mêmes soins.

L'année suivante, Mme S... revient dans un état de démence incurable. Pendant tout le temps qu'elle a passé chez elle elle n'a suivi aucun traitement.

Obs. XVIII (Azam; hérédité non recherchée).

Louise D..., 25 ans, est apportée le 12 août 1851. Meurt trois jours après d'une attaque d'apoplexie.

Elle vient de l'hôpital Saint-André, où elle a présenté tous les ca-

ractères de la lypémanie, avec refus d'aliments et volonté de se laisser mourir de faim.

Métrite chronique avec augmentation du volume de l'utérus et ulcération profonde du col.

Obs. XIX (Personnelle.)

La nommée T..., Catherine, fille publique, âgée de 27 ans, entre à Saint-Lazare, salle 6, lit nº 12, service du Dr Chéron, le 23 aoû 1875. Parents bien portants. A eu, à l'âge de 19 ans, des fièvres intermittentes pendant dix-huit mois. Elle est envoyée avec le diagnostic : Ulcération du col.

Le col est tendu, luisant, violacé, rigide. Son orifice largement dilaté et béant est circonscrit par un bord mousse très arrondi.

Ulcération portant sur les deux lèvres du col, mais plus particulièrement sur la lèvre inférieure. Violentes douleurs lombaires. Pertes blanches, etc. Depuis quelques mois T... a de violents maux de tête. Elle offre les caractères principaux de la lypémanie.

On est obligé parfois de la forcer à prendre des aliments. Hallucinations de l'ouïe, principalement pendant la nuit. Pleurs faciles.

A la fin de décembre elle quitte l'hôpital guérie.

L'état mental est devenu normal. Il n'y a plus ni tristesse, ni hallucinations.

Obs. XX (Personnelle).

La nommée D..., Isabelle, âgée de 26 ans, vivant avec sa mère et menant la vie galante, perd en blanc depuis longtemps déjà. Elle a de violentes douleurs abdominales et lombaires. L'appétit a de beaucoup diminué. Je constate qu'elle a une métrite catarrhale. Je lui prescris le traitement ordinaire et je lui recommande surtout le repos de l'organe malade. Je ne la vois plus, lorsque deux mois plus tard e suis appelé. Le malade n'a point suivi mon conseil. Elle s'est très fatiguée et de plus n'a fait aucun traitement. La métrite est à l'état aigu : fièvre assez forte.

Facies utérin. Après cinq ou six jours, la fièvre a disparu, l'état local est légèrement amélioré, presque toujours sérieux. La malade ne prononce pas une parole ; elle a constamment les yeux baissés et semble plongée dans de tristes pensées. Elle refuse toute nourriture, et pendant deux jours, je suis obligé de la nourrir à la sonde. Elle

consent ensuite à prendre des potages, mais la mélancolie est toujours la même. Au bout d'un mois grande amélioration dans l'état physique et dans l'état mental. Guérison qui ne s'est pas démentie deux mois plus tard.

Obs. XXI (Personnelle).

Mlle T..., âgée de 27 ans, a consulté il y a quelque temps un médecin de Paris, qui, pour la soigner d'une affection utérine qu'il soupçonnait, a cru devoir briser l'hymen. Jamais le caractère de cette jeune fille n'a changé. Il n'y a pas d'antécédents dans la famille au point de vue de la folie. Peu satisfaite des soins qui lui ont été donnés, Mlle T..., se trouvant reprise de douleurs dans le système pelvien, me fait appeler. Je constate une métrite du col, avec une petite ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Je prescris le repos ainsi que le traitement habituel. L'état mental était excellent.

Trois jours après, Mlle T..., après une promenade à cheval a senti des douleurs plus vives, et a un écoulement plus considérable. La nuit elle a eu des hallucinations et le lendemain, elle pleure abondamment sans motif. La mélancolie avec mutisme a duré 22 jours. La malade se laissait soigner sans protestation aucune. Au bout de ce temps, le caractère ordinaire a repris le dessus, en même temps que l'affection utérine disparaissait. Aujourd'hui, Mlle T... est parfaitement guérie et c'est elle-même qui m'a fourni les notes nécessaires pour résumer son observation.

(A suivre).

REVUE CLINIQUE.

Eléphantiasis du clitoris; clitoridectomie, par le Dr Verrier. — La femme qui fait le sujet de cette observation est âgée de 28 ans. Elle raconte que l'infirmité pour laquelle elle est venue à la clinique de M. Verrier ne remonterait guère à plus de trois ans. Elle avoue cependant que vers cette époque elle avait pris l'habitude de pres-

ser, de tirer la petite tumeur qui surmontait insensiblement le clitoris. Elle ajoute même, sur l'observation qui lui en fut faite, que sous l'influence de ces manifestations elle éprouvait un sentiment voluptueux, que d'ailleurs le corps formant ainsi tumeur sans se mettre à l'état d'*érection complète, grossissait néanmoins et devenait turgescent.*

Cette jeune femme étant sur le point de se marier s'est présentée à M. Vernier pour se faire opérer de sa tumeur s'il était possible.

Examen. — Placée sur le lit à opération, les cuisses écartées la malade présente à considérer, comme nous le montre le dessin ci-joint :

1° Une grosse tumeur un peu pyriforme assez molle, parcourue par deux ou trois sillons quasi longitudinaux, de couleur rose plutôt que rouge, masquant la grande lèvre droite et obstruant presque l'orifice vulvaire dans lequel le doigt ne peut pénétrer sans déplacer la tumeur.



Le pédicule de celle-ci fait suite au clitoris, mais les corps caverneux ne paraissent pas s'y prolonger. Le capuchon formé par les nymphes ne se prolonge pas sur ce pédicule. On remarque une grosse veine sur le milieu et sur la face dorsale de la tumeur, cette veine s'incline à droite vers le centre de la tumeur. On ne sent pas de battement dans cette tumeur, mais elle grossit manifestement sous le doigt et sa température semble augmenter.

2° Si l'on soulève la tumeur ou qu'on la reporte du côté gauche, on remarque un développement anormal de la petite lèvre du côté droit, qui est encore très-rouge, érythémateuse ; une hypersécrétion d'hu-

meur sébacée, fortement odorante existe là et dans les autres replis muqueux de la vulve.

3° La petite lèvre du côté gauche, au lieu de remonter jusqu'au-dessus du clitoris se termine brusquement aux deux tiers de sa hauteur par quelques petits tubercules isolés les uns des autres.

Un canal dirigé de bas en haut et de dedans en dehors semble loger une expansion tendineuse que l'on pourrait prendre pour des digitations terminales du ligament rond.

3° Enfin, le toucher révèle une anomalie du côté du vagin qui est court (6 à 7 centimètres) et ne présente pas de rigole circulaire autour du col utérin, lequel est ouvert et laisse écouler un mucus abondant.

Opération pratiquée par M. Verrier. — Le pédicule de la tumeur court et épais n'étant pas facile à étrangler, je l'étends, et l'amincis autant que possible en l'élargissant, et je place sur lui une pince à pression continue que je laisse une vingtaine de minutes.

Après ce temps, supposant la circulation bien interrompue, j'excise au bistouri au ras de la pince toute la tumeur, et j'ai la satisfaction de voir un seul vaisseau assez important donner un peu de sang que j'arrête avec le perchlorure de fer, tout en laissant la pince en place encore une demi-heure par mesure de précaution.

Après quoi je desserre la pince peu à peu, me tenant prêt à placer une serre-fine sur l'artériole dans le cas où l'hémorrhagie aurait continué ; mais le perchlorure de fer me suffit et la pince enlevée, le sang s'arrête définitivement.

La malade repose quelques heures à la clinique et retourne le soir chez elle en voiture.

Pièce anatomique. — La tumeur telle qu'elle est présentée a perdu beaucoup de son volume, mais, placée dans l'alcool, elle a gagné en consistance. Elle s'est ratatinée, il s'est formé à la surface des circonvolutions nombreuses.

Actuellement sa forme est plus ronde qu'elliptique. On remarque la trace de sections qui mesurent 15 millimètres. La tumeur a une longueur de 4 centimètres, une largeur de 3 centimètres, et sa circonférence la plus grande est de 9 centimètres un quart, sa petite 8 centimètres. Elle pèse 10 grammes.

A la coupe, elle présente à considérer un tissu dense, épais, criant sous le scapel sans ces noyaux que l'on rencontre souvent dans le

tissu des tumeurs fibreuses, mais au contraire homogène partout et partant aussi d'un blanc légèrement rosé.

Histologiquement, une coupe mince préparée d'après les procédés de la technique moderne ne donne à l'examen microscopique que les éléments du tissu fibro-adipeux. (500 diamètres).

REVUE DE LA PRESSE

BLENNORRHAGIE DE L'UTÉRUS

MÉTRITE MUQUEUSE BLENNORRHAGIQUE (1)

Par le Dr Ch. Rémy,
Chef du laboratoire d'histologie de la Charité.

SUITE ET FIN (2).

DIAGNOSTIC. — Si la vaginite blennorrhagique est récente, le diagnostic de l'extension de l'affection à l'utérus est facile. Il faut se garder de confondre la fièvre qui nous marque l'invasion du mal avec un embarras gastrique fébrile. Il faudra chercher la modification que nous avons marquée dans le museau de tanche, et surveiller le trouble menstruel. Chez une femme dont l'utérus a été modifié par une grossesse, le trouble menstruel acquiert plus d'importance.

Si la vaginite est ancienne, le diagnostic est plus difficile. Mais on trouve l'altération dans la forme et l'orifice du col, sa sécrétion modifiée, des troubles menstruels. Et souvent le cul-de-sac postérieur, les glandes de Bartholin (Guérin), l'urèthre peuvent révéler une blennorrhagie.

On pourrait confondre avec les pertes blanches des femmes scrofuleuses ou simplement faibles. Mais dans ce dernier cas, il n'y a pas du tout de modification dans la forme du col, sa muqueuse n'est pas congestionnée et saillante à l'extérieur, et il est rare qu'on observe alors l'écoulement transparent et visqueux.

---

(1) Travail extrait de la *Gazette médicale de Paris*, nos 1, 5 et 6, 1879.

(2) Voir les numéros d'avril et mai 1879.

L'ulcération de la métrite blennorrhagique est si superficielle, qu'elle ne pourra être confondue avec un chancre qui est, au contraire, excavé et profond. Lorsque la muqueuse du col utérin est devenue fongueuse, que le col est déformé, que la femme est épuisée par des pertes blanches ou rouges, on pourrait songer à un grave néoplasme, comme dans l'observation de ce travail, mais la facile amélioration qu'on obtient ne peut laisser longtemps subsister le doute.

Pour terminer cet article diagnostic, il me reste encore à parler de deux sortes de lésions de l'utérus ; l'une excessivement fréquente est consécutive à la grossesse ; l'autre est consécutive aux traumatismes, et s'observe moins fréquemment.

La grossesse laisse souvent après elle des lésions utérines. Lorsque l'accouchement à terme a eu lieu, ces lésions sont dues à la négligence des femmes qui se lèvent prématurément de leur lit avant que l'utérus ait eu le temps de revenir sur lui-même, et de reprendre son volume primitif. Fréquentes dans ce premier cas, elles ne manquent jamais lorsqu'il y a un avortement. En voici la raison : l'avortement, dans les premiers mois, est presque toujours ignoré; c'es un retard, on n'y prend pas garde, ou bien il est le résultat d'un crime, et il faut le cacher. Dans ces trois alternatives, la femme ne prend aucun repos.

L'utérus, qui avait augmenté de volume, reste gros : le col est quadruplé de volume. Il est largement ouvert. En raison de son volume, augmenté de poids, l'utérus tend à s'abaisser. La sécrétion augmente, des métrorrhagies se produisent. Il y a des douleurs dans l'utérus lui-même, spontanées et, à la pression, dans l'hypogastre, dans le sacrum, etc. L'utérus abaissé est plus facilement contusionné et s'ulcère. Il peut survenir la chute de l'utérus, le cystocèle et même l'allongement hypertrophique du col.

Il suffit de ces deux signes, volume augmenté, siège changé pour affirmer la grossesse, n'eût-elle duré que trois mois. On voit que cette lésion est bien différente de la blennorrhagie.

Obs. XII (Hôpital de Lourcine, 3 décembre 1875, service de M. Lancereaux). — *Métrite consécutive à une fausse couche.*

V. Victoire, 33 ans, célibataire, couturière. Cette femme a eu une perte sanguine il y a cinq mois, après un retard de vingt-cinq jours;

toujours bien réglée jusqu'alors, cette femme doit avoir fait une fausse couche.

A cette époque, examen au spéculum; col hypertrophié, mesurant 5 centimètres de diamètre. La muqueuse est bourgeonnante, fongueuse. Les fongosités très saignantes forment une saillie en forme de collerette autour de l'orifice.

Cette femme a des élancements dans le ventre; son col utérin est sensible.

Obs. XII (Hôpital de Lourcine, 10 juin 1875). — *Accouchement*; *métrite parenchymateuse.*

Bl. Célestine, 36 ans, accouchée il y a cinq ans, n'a jamais eu de fausses couches. Col volumineux, entr'ouvert, triplé de volume. Il y a une légère exulcération sur le col, qui est abaissé et se présente à la vulve.

Cette femme a vu ses souffrances augmenter principalement depuis un an; elle a des pertes blanches abondantes.

Obs. XIV (Hôpital de Lourcine, 1er décembre 1874). — *Métrite parenchymateuse consécutive à la grossesse.*

X..., 28 ans, mère de 5 enfants, le dernier accouchement ayant eu lieu il y a trois ans.

Règles régulières; pas de pertes.

Cette femme entre à l'hôpital parce qu'elle a contracté la syphilis de son mari; elle a des plaques muqueuses vulvaires.

Le col utérin est augmenté, quadruplé; son ouverture dans les mêmes proportions. La lèvre supérieure du col supporte une large ulcération granuleuse de l'étendue d'une pièce de 1 franc. Il s'écoule une quantité considérable de muco-pus; aspect violacé, lisse. Pas de vaginite.

Obs. XV (Hôpital de Lourcine, 28 janvier 1875).

Pauline, 34 ans. Hypertrophie quadruple de l'utérus à la suite de couches. Surface granuleuse et ulcérée sur le col, qui est aplati; de la cavité vésicale dilatée s'écoule une grande quantité de muco-pus.

OBS. XVI (Hôpital de Lourcine, 4 décembre 1876).

G..., 42 ans, mariée, fit une couche à l'âge de 22 ans. Elle se leva au cinquième jour après l'accouchement. Depuis lors, elle a toujours eu des écoulements leucorrhéiques.

Le col est hypertrophié, triplé de volume; l'orifice ouvert laisse suinter du sang. Il y a abaissement de l'utérus. Les règles paraissen toutes les trois semaines en petite quantité. Cette femme est nerveuse et a des douleurs vagues dans tout le corps.

12 janvier. Après une série d'applications de perchlorure de fer intus et extra, à l'aide de pinceaux, le col a beaucoup diminué.

Le fait remarquable de cette observation, c'est la persistance de la lésion utérine pendant vingt ans.

Les excès vénériens agissent sur l'utérus comme un traumatisme ordinaire; ils donnent lieu à une métrite, surtout quand ils sont commis pendant l'époque menstruelle. C'est alors une métrite à la fois muqueuse et parenchymateuse aiguë.

L'utérus reste en place, mais son volume augmente un peu. Il est très douloureux dans son entier, et sa pression entre la main qui palpe l'abdomen et le doigt vaginal arrache des cris aux malades. Le col utérin est congestionné, violacé; sa muqueuse est comme œdémateuse. Il y a un écoulement mi-partie sanguinolent et purulent par l'orifice utérin, qui n'est pas dilaté. Il y a dysurie, constipation, quelquefois diarrhée; inappétence, fièvre. Le séjour au lit est forcé. Puis, après quelques jours de repos, tout s'améliore; la guérison parfaite survient.

OBS. XVII. — *Contusion de l'utérus.*

F..., salle Saint-Clément, 1, hôpital de Lourcine, 33 ans, mariée, a eu trois accouchements faciles, bien qu'elle ait eu du rachitisme dans son enfance et les tibias incurvés. Bonne santé habituelle, règles régulières, durant trois jours, toutes les trois semaines, accompagnées d'un très léger malaise.

Le 2 décembre 1874, les règles parurent, comme d'habitude; le troisième jour, coït. Trois jours après les pertes de sang, nouveau rapprochement très douloureux. Dans la journée suivante, elle se fatigue au lavoir, et le soir elle est prise de frisson, de fièvre, et

d'une perte sanguine abondante, dont elle ne se préoccupe pas pendant huit jours, malgré la souffrance. Enfin, depuis deux jours, elle est au lit, avec la fièvre, de l'anorexie et des douleurs qui la réveillent la nuit.

Elle a, actuellement, une fièvre légère, un léger bruit de souffle à la base du cœur, par anémie, langue large et pâteuse, anorexie, douleur dans tout l'abdomen, constipation. Dans les jours précédents, elle a eu des épreintes et des selles sanguinolentes. Douleur dans la miction.

Le col est douloureux au toucher, ainsi que l'utérus au palper. Il porte une large ulcération. Il est bosselé. Au spéculum, on le voit hypertrophié, *violacé*, *œdémateux*, laissant écouler du sang et du muco-pus.

La guérison suivit quelques jours de repos.

Obs. XVIII.

Salle Saint-Clément, 14, entre le 13 novembre 1874, une blanchisseuse âgée de 25 ans; elle a eu une grossesse, il y cinq ans, terminée par un accouchement dont les suites furent pénibles. Elle a conservé des douleurs dans les côtés, surtout à gauche; des règles douloureuses et trop fréquentes.

Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, elle fut subitement atteinte de fièvre, de céphalalgie, de pesanteur à l'anus, à la suite d'une fatigue ?

Col *violacé*, *hypertrophié*, qui laisse écouler du sang mêlé de pus.

La malade sortit guérie le 24 novembre 1874.

Obs. XIX. — *Contusion de l'utérus.*

W.... Anna, 28 ans, entrée salle Saint-Clément, 14, le 25 novembre 1876, s'est mariée, le 22 mars 1873, à un cordonnier.

Réglée régulièrement, de bonne santé. Elle souffre depuis le 10 du mois courant. Les règles parurent comme à l'ordinaire; mais quelques jours après, à la suite de fatigues mal spécifiées, une perte se déclara avec de la fièvre, le séjour au lit fut obligatoire. Depuis lors, les pertes blanches alternent avec les pertes de sang, il y a de vives douleurs aux reins, dans les flancs, de la fièvre, de l'inappétence, de l'insomnie, des sueurs continuelles.

État actuel. Pouls fréquent, langue sale, amère, nausées, selles douloureuses, pesanteur à l'anus. Miction douloureuse. Les pertes utérines continuent.

Un vomitif n'amena pas beaucoup de soulagement.

Les pertes continuèrent jusqu'au huit décembre suivant, il y eut un petit noyau induré dans le cul-de-sac vaginal antérieur, avec douleur persistante à la miction et névralgie du grand abdomino-génital. Les selles sont muqueuses et contiennent du sang.

Le col, petit, en position normale, est violacé et œdémateux.

Elle sortit guérie à la fin de décembre.

Marche et durée. — La blennorrhagie envahit la muqueuse utérine brusquement ; en très peu de temps, elle siége dans les deux cavités. Après une période variable, elle diminue d'intensité et peut guérir absolument, mais fréquemment elle est soumise à des recrudescences d'activité et c'est ainsi que sa durée peut varier de quelques jours à quelques années ; Ricord regardait le catarrhe utérin de la blennorrhagie comme le plus opiniâtre des catarrhes.

Pronostic. — Cette affection, comme toutes les affections vénériennes, est d'un pronostic éminemment difficile à établir, à cause de la variété qu'on observe d'un sujet à un autre. Telle femme guérira en peu de jours, mais aussi telle autre succombera en quelques jours par une péritonite (Obs. 1) ; heureusement cette terminaison est rare, et le pronostic n'est pas toujours si sombre. La blennorrhagie utérine expose à des altérations des trompes, origines de kystes du ligament large ; elle est souvent cause de brides péritonéales qui entravent la fonction de menstruation. Elle menace ainsi la vie de la femme par des voies détournées.

En second lieu, elle la menace dans la vie sexuelle. La blennorrhagie utérine est une cause très fréquente de stérilité. D'après Noeggerath (*Latent Gonorrhœ. In* WEIBLICHEN GESCHLECHT, Bonn, 1873), qui a observé ces lésions utérines sur 81 femmes blennorrhagiques ayant eu l'utérus malade, il n'y eut que 23 accouchements et encore presque toujours des avortements.

Mais, en outre, le pronostic de cette affection est très important, principalement à un point de vue particulier de la médecine. La blennorrhagie de l'utérus peut se communiquer dans les rappro-

chements sexuels. Guérir la vaginite n'est donc qu'accomplir la moitié de la tâche, si l'utérus reste malade, et au point de vue de la prophylaxie vénérienne, cette lésion doit être surveillée avec attention. Elle échappe facilement à un examen superficiel, à cause du peu de modifications qu'elle apporte dans le volume du col, et je suis persuadé que beaucoup de blennorrhagies sont dues à cette cause, tandis qu'elles sont attribuées à d'autres beaucoup plus exceptionnelles, sur la foi d'un examen médical entaché d'erreur peut-être.

Traitement. — Le traitement de la blennorrhagie utérine est des plus faciles.

En premier lieu, s'il y a de vives douleurs à la période d'invasion, il faut tenir le repos au lit, à cause de la pelvi-péritonite qui peut être la conséquence de cette affection. Les moyens habituels de calmer la douleur peuvent être employés avec avantage. Mais le point capital c'est d'attaquer la blennorrhagie directement sur la muqueuse. En même temps qu'on cherche à tarir l'écoulement vaginal, il faut modifier la muqueuse utérine, et pour cela voici le procédé que nous avons vu réussir le mieux. A l'aide d'un pinceau très fin, nous pénétrions dans la cavité du col utérin, et même du corps, et nous appliquions une solution de perchlorure de fer (sol. du Codex). Cette introduction est tout à fait sans danger. Nous avons vu employer avec quelque succès la teinture d'iode. Après quelques jours de repos, on peut recommencer une nouvelle introduction et successivement jusqu'à guérison, qui est annoncée par la cessation de l'écoulement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Hémorrhagies dans la coqueluche. — M. le Dr H. Roger a fait dans la séance du 16 septembre une très intéressante communication *sur les hémorrhagies dans la coqueluche et principalement sur l'hémoptysie et la pseudo-hémoptysie.*

Après avoir longuement rappelé les caractères cliniques qui distinguent les diverses hemorrhagies dans la coqueluche, l'éminent aca-

démicien arrive à cette conclusion essentielle, que s'il existe dans la coqueluche des pseudo-hémoptysies, il y a aussi des pseudo-hématémèses.

Lorsqu'un coquelucheux semble vomir du sang, il faut examiner avec soin les fosses nasales. On s'assure alors aisément que *ce sang provient toujours d'une épistaxis* ; il a coulé par les arrière-narines, et souvent insensiblement dans la cavité stomacale où il peut s'accumuler en assez grande quantité; s'il est expulsé presque tout de suite par l'estomac impatient, l'écoulement par les ouvertures antérieures ou postérieures des narines est encore visible; s'il est évacué tardivement, alors qu'a cessé l'épistaxis, quelques gouttes ou des caillots dans le nez peuvent en signaler la provenance.

Ici encore il faut se rappeler que l'*hématémèse* est, comme l'hémoptysie, un phénomène tout à fait exceptionnel dans le jeune âge, et qu'on ne la rencontre guère que dans de très rares cas de *purpura hemorrhagica.* Si, dans une maladie quelconque, et à plus forte raison dans la coqueluche, une mère effrayée montre au médecin un vase rempli de sang rejeté par la bouche, il peut (éclairé par les lois de la pathologie infantile) la rassurer et se rassurer lui-même, car il ne s'agit presque certainement *ni de vomissement, ni de crachement sanguin*, mais d'une épistaxis dont le produit a pénétré dans l'estomac et en est ensuite chassé par la toux; et souvent, au milieu de ces efforts d'expulsion, la quinte recommence plus pénible et plus violente.

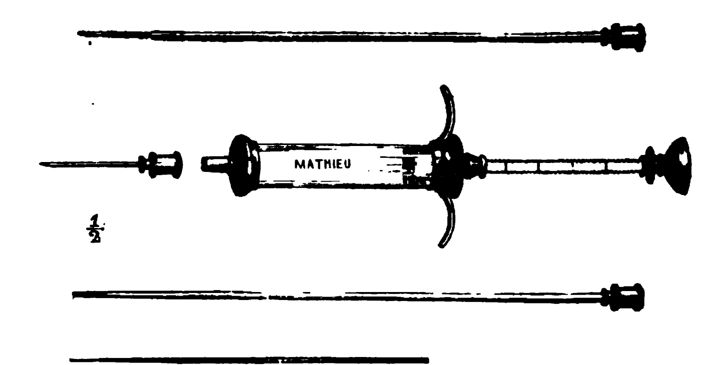
Voilà donc, en résumé, deux sortes d'hémorrhagies, l'*hématémèse* et l'*hémoptysie*, que le clinicien doit rayer de la liste des complications de la coqueluche; un diagnostic plus juste vient réformer un pronostic erroné, et, grâce à une appréciation plus saine des faits, des apparences redoutables se changent en une bénigne réalité.

Boite gynécologique de M. le Dr Delore. — M. Tarnier a présenté dans la séance du 16 une boîte gynécologique fabriquée sur les indications de M. Delore par M. Mathieu et contenant une seringue à injections intra-utérines

Cette seringue, d'ailleurs très bien faite, peut contenir 2 grammes de liquide; elle est munie de deux petites ailettes qui donnent aux doigts de l'opérateur un point d'appui très commode. Le piston porte

un petit curseur qui permet de mesurer la quantité de liquide qu'on veut injecter.

Sur cette seringue on peut adapter 3 canules différentes : 1° 1 canule à injection hypodermique; 2° 1 canule plus longue à l'aide de laquelle on peut faire une injection médicamenteuse dans le tissu même de l'utérus; 3° 1 canule mousse sur laquelle s'adapte une petite



sonde en gomme élastique à l'aide de laquelle on injecte des liquides dans la cavité de la matrice. M. Delore recommande de faire cette dernière injection avec les plus grands ménagements, car elle peut être suivie d'accidents redoutables (1).

M. Tarnier termine sa présentation par les paroles suivantes :

« M. Delore, dont le nom et l'habileté vous sont bien connus, a retiré de grands avantages des injections interstitielles d'ergotine dans le traitement des fibromes utérins. La seringue dont il se sert peut, d'une part, remplacer la seringue à injection hypodermique; elle permet, d'autre part, d'injecter des liquides médicamenteux soit dans la cavité utérine, soit dans le tissu même de l'utérus. L'instrument qu'il a fait construire rendra donc de véritables services. »

A. LUTAUD.

(1) La seringue dont nous venons de donner la description est entièrement semblable à celle que nous avons vu employer par M. Gallard, il y a dix ans, alors que nous suivions son service en qualité d'interne. A. LEBLOND.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rapport de M. Farabeuf sur une double invagination consécutive à un anus contre nature ombilical chez un nouveau-né.—Au nombre d'une commission composée de MM. Saint-Germain, Desprès et Farabeuf, celui-ci rend compte de l'examen qu'il a fait d'une pièce apportée à la Société le 23 octobre 1878, par M. Motte, de Dinant (Belgique).

Il s'agit d'une double invagination consécutive à un anus contre nature ombilical, déterminé par la ligature du cordon chez un nouveau-né, atteint, paraît-il de hernie ombilicale congénitale. L'anus accidentel siège sur l'iléon à $0^m,25$ du cœcum. Y avait-il là un diverticulum vitellin ? Il a été impossible d'en trouver la preuve. Toujours est-il que l'intestin semble avoir été ouvert, sur son bord libre, à l'emporte-pièce, sans autre perte de substance que la largeur d'un disque de 10 à 12 millimètres de diamètre.

Grâce aux renseignements fournis par M. Motte et à l'examen de la pièce, il a été possible de reconstruire l'histoire de ce cas pathologique. Au quinzième jour de sa vie, l'enfant avait une fistule stercorale et une invagination du bout supérieur longue de $0^m,04$. Aucune trace d'un bout inférieur ne put être découverte.

Plus tard, vers la fin du premier mois, deux jours avant la mort, le bout inférieur se renverse à son tour, croise le supérieur de plus en plus invaginé en passant par-dessus, et du cæcum, c'est-à-dire de la droite, se porte à gauche, formant avec l'autre bout une espèce de fourche à dents incurvées de manière que l'ensemble peut être comparé à une S couchée en travers et attachée à l'ombilic par son milieu.

Le bout inférieur est ainsi invaginé presque jusqu'au cæcum ; il forme un boudin tendu « comme une vessie de poisson », sans doute par suite de l'accumulation du liquide entre les séreuses adossées. Malheureusement pour son diagnostic, M. Motte n'a pu découvrir l'orifice de ce bout inférieur ou plutôt, l'ayant découvert la veille de la mort, il s'accuse d'avoir fait une perforation.

L'examen anatomique n'a laissé aucun doute sur l'interprétation qui vient d'être donnée : la double invagination a pu être réduite à plusieurs reprises.

La Société vote des remerciements à M. Motte.

M. Terrier. Je n'ai pas, de l'observation dont vient de nous parler M. Farabeuf, une connaissance aussi approfondie que lui. Pourtant, je crois, il me semble, qu'on peut chercher une autre interprétation que la sienne. C'est qu'en effet il est démontré par l'examen des observations que, toutes les fois qu'il y a eu des fistules intestinales, à la suite de la ligature du cordon ombilical, ce n'était pas le pincement de l'intestin qui amenait la fistule; mais c'est en vertu d'un autre mécanisme : un diverticule intestinal s'engage dans le cordon et la ligature porte sur lui; à sa chute, la fistule est établie.

M. Farabeuf. L'opinion de M. Terrier est très juste et je trouve son observation fondée. Pourtant, après l'avoir cherché, je n'ai trouvé aucune trace d'un canal, et j'ai en vain cherché un infundibulum ouvert. Aussi les apparences sont-elles en faveur d'une perte de substance faite à l'emporte-pièce. (*Séance du 4 juin* 1879.)

Rapport sur un mémoire de M. Jude Hüe, intitulé : Contribution à l'étude du traitement de l'inversion totale ancienne de l'utérus, par M. Guéniot. — Messieurs, il y a un mois, lorsque notre collègue, M. Chauvel, nous a communiqué son intéressante observation d'excision de l'utérus inversé, j'ai rappelé à la Société que j'étais dépositaire d'un travail relatif au même sujet, travail important qui nous a été lu, dans la séance du 27 novembre dernier, par son auteur, M, le Dr Jude Hüe, de Rouen, C'est de ce mémoire que je viens aujourd'hui vous rendre compte.

Il comprend *deux parties* : l'une, historique et critique; l'autre, exclusivement clinique.

Dans la première, M. Hüe insiste sur la confusion qui règne dans les auteurs à propos de la désignation du *degré* de l'inversion. Pour les uns, en effet, celle-ci est dite *complète*, alors que manifestement le col de la matrice ne participe en rien au renversement. Pour d'autres, la même qualification serait applicable à l'inversion qui n'atteint qu'une faible partie du col, ce qui est moins inexact, mais trop peu rigoureux encore. Tandis que beaucoup d'observations portent ainsi, à tort, cette indication, bon nombre d'autres restent absolument muettes sur ce point important.

Par inversion *complète* ou *totale*, on doit entendre évidemment celle

qui intéresse l'organe dans son entier, de telle sorte que l'utérus, vraiment retourné sur tous les points, regarde par l'orifice du museau de tanche directement en haut, vers la grande cavité de l'abdomen. Entre ce degré extrême et la simple dépression « en cul-de-fiole », viendraient se classer tous les degrés intermédiaires.

Mais l'inversion totale ainsi comprise existe-t-elle réellement? M. Hüe ne paraît pas en douter, puisque le titre de son mémoire vise particulièrement cette lésion, et que l'observation clinique qu'il rapporte serait, pour lui, un exemple de ce genre. J'avoue qu'à cet égard je ne puis partager la conviction de notre confrère. Il résulte, en effet, de ses propres recherches, que le seul cas d'inversion complète, publié jusqu'à ce jour, serait celui de la clinique de Boyer, que M. Jacquemier relate brièvement dans le tome second de son *Manuel des accouchements*, page 575. Or, il m'est impossible de trouver dans cette relation la preuve qu'il s'agissait d'une inversion totale. Je crois même que les résultats de l'autopsie indiquent suffisamment que l'organe n'était pas entièrement retourné. Voici d'ailleurs le texte même de l'observation, qui permettra d'en juger.

« Une femme, enceinte pour la première fois, accouche heureusement à terme, le 6 juillet 1824. La sage-femme qui l'assiste, dans la vue de hâter la délivrance, exerce des tractions violentes sur le cordon ombilical, et renverse complètement la matrice, qui pend entre les cuisses, sous la forme d'une grosse tumeur, à laquelle le placenta est attaché. Un médecin, appelé aussitôt, méconnaît la maladie et la regarde comme un polype sur lequel le placenta est implanté ; il détache ce corps et place une ligature sur la tumeur, qui versait une grande quantité de sang. La constriction, exercée au moyen d'un serre-nœud, fait cesser l'hémorrhagie, et la tumeur est repoussée dans le vagin. Cette ligature ne cause ni douleurs vives, ni convulsions, ni aucun accident bien remarquable, quoique de temps à autre on augmente la constriction. Dix-huit jours se passent sans qu'il survienne de grands changements dans l'état de la malade. A cette époque, elle est conduite à l'hôpital de la Charité. Boyer reconnaît dans le vagin une tumeur ronde, molle, dont on ne pouvait atteindre les limites supérieurement, ni même à l'endroit où était placée la ligature. Sept jours après, la ligature tombe; et le lendemain, la tumeur, sur laquelle on reconnaît les orifices des trompes et les traces de l'insertion du placenta, sort spontanément. La malade ayant succombé quelques jours après, on trouva que la *portion*

restante de la matrice formait une espèce d'entonnoir profond, dans lequel s'enfonçaient les ligaments larges et les trompes de Fallope, et que les ovaires flottaient sur les parties latérales. »

Dans ce fait, je le répète, le détail nécroscopique que j'ai souligné doit faire exclure l'idée de la participation du col à l'inversion ; car, c'est le col lui-même, ainsi que la portion adjacente du corps qui, vraisemblablement, constituaient « l'espèce d'entonnoir » dont il est parlé. Du reste, en cas d'inversion totale, « l'espèce d'entonnoir » ainsi formé, par le col et le segment adjacent du corps, aurait nécessairement son évasement tourné en bas ; ce serait un entonnoir renversé.

Quant à l'observation propre de M. Hüe, dont je vous donnerai bientôt le résumé succinct, représente-t-elle un exemple incontestable d'inversion totale ? Malgré la confiance que m'inspire le savoir de notre confrère, je ne le pense pas, et j'en donnerai plus loin mes raisons. J'estime donc que jusqu'ici la science ne possède aucun cas avéré de renversement complet de l'utérus, tel que je l'ai défini en commençant et tel que le comprend M. Hüe lui-même.

Cela étant, on pourrait peut-être se demander si l'inversion, étendue à toute la longueur du col, est réellement possible. J'avoue que s'il s'agissait de l'utérus dans les conditions ordinaires de vacuité, me souvenant des connexions étroites et solides qui relient le vagin au museau de tanche, je n'hésiterais guère à déclarer ce degré de renversement tout à fait inadmissible. Mais, si l'on considère que, presque toujours, l'inversion utérine se produit après l'accouchement, alors que le col de la matrice s'est effacé et confondu avec le segment inférieur de l'organe ; si l'on remarque en outre que, dans ces conditions, les cavités vaginale et utérine ne forment, pour ainsi dire, qu'un canal continu ; et qu'enfin, dans maintes circonstances, des tractions violentes ont été exercées par erreur sur le corps de l'utérus inversé, on s'abstiendra certainement de juger impossible le renversement complet dont nous parlons. Puisque la brutalité des tractions faites sur l'utérus a pu être portée jusqu'à l'arrachement de cet organe, il est bien probable que l'inversion totale a été déjà plus d'une fois observée. Mais, comme la mort a dû s'ensuivre à bref délai, il n'est pas étonnant que le chirurgien ne se soit jamais trouvé aux prises avec cette lésion, ou du moins que la science ne présente jusqu'ici aucune trace certaine de son existence.

Si pareil cas, cependant, s'offrait un jour au chirurgien, quels pourraient être les moyens thérapeutiques à utiliser ? M. Hüe, qui pense avoir eu à traiter une lésion de ce genre, dit avec raison que l'amputation de l'organe serait incontestablement la seule efficace.

Veuillez remarquer qu'il ne s'agit ici que de l'inversion ancienne et non de celle qui, venant de se produire, serait peut-être susceptible de réduction.

En effet, que pourrait-on espérer des diverses méthodes préconisées pour la restitution des inversions incomplètes ? Dans celles-ci. le col utérin conserve plus ou moins sa situation et sa direction normales ; le corps, qui traverse sa cavité, tend à maintenir la voie ouverte, en même temps qu'il entretient une sorte d'excitation toute favorable pour une dilatation ultérieure. La réduction peut, dès lors, être légitimement recherchée et, de fait, on l'obtient assez souvent. Mais, dans le cas d'inversion totale, il en est tout autrement : le col se trouve lui-même entièrement retourné comme un doigt de gant ; sa cavité, restée libre, se resserre, et son tissu revient peu à peu vers son état ordinaire, perdant ses conditions de puerpéralité, c'est-à-dire sa souplesse, sa dilatabilité, etc. Aussi, comment comprendre que l'on pourrait à nouveau retourner l'utérus en son entier, pour le réintégrer dans sa conformation normale ? Ce serait manifestement tenter l'impossible. L'excision ou l'amputation reste donc comme le seul moyen pratique de guérison.

Cette conclusion étant admise, à quel procédé d'exérèse convient-il de recourir ?

Pour M. Hüe, et je partage son opinion à cet égard, ce ne serait point aux méthodes généralement employées jusque dans ces derniers temps (ligature simple, excision avec le bistouri ou les ciseaux, ablation avec l'écraseur, le serre-nœud, l'anse galvanique, etc); car elles fournissent, dans leur ensemble, une proportion de 29 p. 100 de mortalité. La ligature élastique qui, jusqu'ici, compte autant de succès qu'elle a été de fois appliquée, mériterait au contraire la préférence. Il est vrai que le chiffre de ces applications est bien restreint encore, puisqu'il se réduit aux seuls cas de MM. Courty, Arles, Chauvel et Hüe, en tout, 4 guérisons. Néanmoins, ce procédé paraît si rationnel et si puissant, il offre relativement tant de sécurité contre deux complications les plus redoutables — l'hémorrhagie et la péri-

tonite — qu'il est permis d'espérer, pour l'avenir, la continuation de ses bons résultats.

Quant au mode d'action de la ligature élastique, il ne diffère pas sensiblement de celui des ligatures simples *successives*, sur lesquelles j'avais appelé l'attention dès l'année 1872. C'est par ulcération que s'opère la séparation de la tumeur. « Un troisième ou un quatrième fil, disais-je (il s'agit d'un lien ordinaire, végétal ou métallique) suffit pour déterminer la mortification et la chute de celle-ci, sans qu'il se soit écoulé une seule goutte de sang. La *section ulcéreuse* s'effectuant avec lenteur, la circonférence de la plaie se trouve en voie de cicatrisation, avant que le centre ou la portion axile de la tumeur soit détaché.... » Le lien élastique, je le répète, ne se comporte pas autrement que le lien simple avec strictions successives. Comme ce dernier, il peut donc être très efficacement employé dans l'excision de l'utérus, où il convient de n'opérer la section qu'avec lenteur. Bien plus, quoique nécessitant d'ordinaire, soit une nouvelle striction, soit une réapplication (observation de MM. Courty et Hüe), il offre sur le lien ordinaire l'avantage d'une action plus soutenue et dès lors, exige un moins grand nombre d'interventions.

Puisque, pour bon nombre de cas, la ligature élastique tend aujourd'hui à prévaloir comme méthode d'exérèse, permettez-moi de formuler à son sujet un *desideratum* important, La lecture des observations où elle se trouve mise en cause démontre que ses effets sont parfois assez variables ; de là de réelles difficultés dans l'appréciation de sa valeur. Ainsi, pour n'envisager que l'excision de l'utérus, nous voyons que la chute de la tumeur s'est effectuée à des époques très diverses (au quatorzième jour, Courty ; au douzième jour, Arlès ; au onzième jour, Chauvel ; au quarante-deuxième jour, Hüe), ce qui paraît dû à des conditions complexes, telles que : différence de friabilité et de masse des tissus, différence de striction exercée par les opérateurs, différence de forme et de calibre du lien élastique. S'il n'est pas possible d'obtenir des indications rigoureuses relativement aux deux premières circonstances, friabilité des tissus et striction de la ligature, du moins serait-il fort utile d'être exactement renseigné sur les caractères du lien élastique. A cet égard, M. Courty se contente de dire qu'il fit usage d'un « tube en caoutchouc de petit calibre » ; et M. Hüe, qu'il chargea sur l'utérus « un anneau en caoutchouc. » Mais cet anneau était-il cylindrique ou

aplati, plein ou creux, petit ou gros, etc. ? C'est ce que nous ignorons absolument, et ce qui, cependant, eût pu nous éclairer sur certaines particularités que l'on trouvera mentionnées dans l'observation.

J'estime donc qu'au lieu d'employer, dans les opérations de ligature élastique, un lien quelconque de caoutchouc, il y aurait grande utilité à choisir un type dont la nature et la forme ne varieraient pas, et qui serait exclusivement adopté, de manière à rendre les observations plus comparables entre elles; on devrait aussi, bien entendu, s'appliquer à indiquer soigneusement le calibre du lien.

La forme cylindrique et tubuleuse me paraissant très propre à cet usage, je proposerais volontiers d'adopter le tube à drainage, en caoutchouc vulcanisé, que l'on trouve aisément et de toutes les dimensions. Il suffirait, pour mieux en préciser le calibre, de dresser une échelle de numéros et de les classer à l'aide d'une filière, comme on le fait pour les bougies.

La *seconde partie* du mémoire de M. Hüe consiste dans la relation très détaillée d'une inversion utérine contre laquelle, les moyens les plus rationnels de réduction ayant été vainement tentés, il fallut recourir à l'amputation. Celle-ci, pratiquée dans les conditions les plus défavorables, à l'aide de la ligature élastique, fut néanmoins suivie d'un plein succès. Voici, d'ailleurs, les principaux traits de cette observation remarquable :

Une dame de 37 ans, ayant eu déjà 6 accouchements heureux, devint enceinte une septième fois. Grossesse fort pénible ; accouchement laborieux, après 21 heures de travail. L'apparition d'une perte détermina le médecin, M. le Dr Fauvel, à tirer un peu hâtivement sur le cordon. De là, renversement de l'utérus dont le fond, avec placenta encore adhérent, vient faire hernie à la vulve. La délivrance opérée et l'inversion reconnue, M. Fauvel tente de réduire la matrice, mais il ne parvient qu'à refouler cet organe dans le vagin, en laissant subsister l'inversion. Deux heures plus tard, la patiente se sentant gênée, expulse avec effort l'utérus au dehors, et le mari tire maladroitement sur cette masse sanglante. M. Fauvel, appelé, refoule de nouveau l'organe dans le vagin, et fait de son mieux pour atténuer l'hémorrhagie qui épuise la malade.

Dix jours après l'accouchement, MM. Hüe et Le Brument, mandés en consultation, reconnaissent l'existence de l'inversion, attirent, pour mieux se renseigner, l'utérus au dehors et constatent que deux

doigts, portés jusqu'au fond du vagin, à droite et à gauche, parviennent à n'être séparés l'un de l'autre que par une très faible épaisseur. Nos confrères concluent de cet examen que très vraisemblablement ils ont affaire à une inversion complète, intéressant le col dans sa totalité.

La femme est dans un état d'anémie extrême qui ne permet pas de recourir au chloroforme.

Néanmoins, comme la tumeur inversée est très douloureuse aux attouchements, on pratique une injection hypodermique de morphine et l'on tente ensuite la réduction. Les diverses méthodes connues sont successivement appliquées avec tout le soin possible, mais sans aucun résultat. M. Hüe imagina même un procédé particulier, consistant dans l'application d'une sorte de bourse en caoutchouc dont il essaie de revêtir toute la tumeur utérine, dans l'espoir qu'une pression ainsi généralisée, pourra diminuer le volume de l'organe et favoriser sa restitution. Mais, en voulant appliquer cette coiffe élastique, celle-ci se déchire, et l'essai en reste là. Ces différentes tentatives avaient duré deux heures ; la malade se trouvait épuisée ; nos confrères jugèrent prudent de ne pas insister.

Environ quatre mois plus tard, nouveaux efforts de réduction aussi infructueux que les premiers. C'est alors que la patiente, étant minée par l'hémorrhagie et menacée d'une mort prochaine, on pensa qu'elle ne pouvait plus trouver de salut que dans l'amputation. Celle-ci décidée, on en remit l'exécution à dix jours après la prochaine époque menstruelle.

Donc, le 17 mai 1877, MM. les Drs Tinel, Le Brument et Fauvel étant présents, M. Hüe appliqua sur l'utérus, avec toutes les précautions requises, une ligature élastique, qui marqua promptement une empreinte sur la portion cervicale. Circonstance à noter : douze à quinze heures après l'opération, qui n'avait pas duré plus de dix minutes, une hémorrhagie grave se manifesta, se prolongea pendant plusieurs heures et ne fut définitivement arrêtée que par un tamponnement régulier du vagin.

L'état de la malade était des plus alarmants ; la faiblesse était extrême. Cependant, peu à peu, grâce à des reconstituants habilement distribués, les forces revinrent et la santé se rétablit. Au dix-neuvième jour, la portion corticale ou musculaire de la tumeur s'était sphacélée ; le vingtième, M. Hüe avait dû en retrancher un lambeau important, qu'il reconnut être la corne gauche avec une partie de

la trompe. Mais ce ne fut qu'au quarante-deuxième jour (le 28 juin) que les derniers vestiges de la tumeur tombèrent avec la ligature élastique. J'ajouterai que celle-ci avait dû être resserrée le 15 juin.

Chose singulière, lorsque M. Hüe put explorer avec quelque facilité le fond du vagin (le vingtième jour de l'opération), il ne fut pas médiocrement surpris d'y retrouver le col utérin parfaitement reformé et bien en place. L'espèce de moignon, représenté par les restes de la tumeur, occupait sa cavité.

Enfin, le 26 octobre 1877 (plus de cinq mois après l'opération), la malade complètement rétablie, jouissait de la meilleure santé. Le col utérin, profondément situé, offrait des caractères si normaux que pour un médecin non prévenu, il eût été impossible de supposer que le corps de l'organe en avait été séparé.

Messieurs, je serai bref au sujet de cette observation. Permettez-moi seulement quelques courtes réflexions.

1° En me refusant à croire que M. Hüe ait rencontré, dans ce cas, une inversion *totale*, j'ai dit que j'en fournirais les raisons. Or, quelles circonstances notre confrère invoque-t-il à l'appui de sa manière de voir?

D'abord ce fait, que le mari de la malade a exercé des tractions sur la tumeur. Mais cette violence ne saurait constituer qu'une simple présomption.

Puis, cette particularité bien autrement importante, à savoir: que la matrice attirée au dehors, si l'on portait l'indicateur de chaque main au fond du vagin, de manière à explorer le pédicule ou point d'attache de la tumeur, on trouvait ce pédicule tellement mince qu'on ne pouvait pas supposer qu'il renfermât le col utérin. Celui-ci, conséquemment, devait être compris dans la tumeur elle-même.

J'avoue que si, d'une part, ce genre d'exploration n'était fort difficile, et si, d'autre part, la perception d'un pédicule très étroit, permettant, pour ainsi dire, aux deux doigts explorateurs d'arriver au contact l'un de l'autre, avait été d'une netteté évidente, cette preuve serait absolument décisive en faveur de l'opinion de M. Hüe. Mais il n'en est pas du tout ainsi. Sans insister trop sur ce point, je constate que nos confrères ne pouvaient être bien certains que le renversement fût complet, puisqu'ils ont tenté avec persévérance l'application de moyens de réduction qui, manifestement, ne sont susceptibles de succès que dans les cas d'inversion partielle. Et

comme, ultérieurement, le col utérin s'est trouvé exactement en place, en même temps que régulièrement conformé, il me semble inadmissible, au moins provisoirement, qu'il se soit restitué de lui-même dans sa conformation normale. Je crois bien plus volontiers qu'il avait conservé sa rectitude naturelle, et que le corps seul de l'utérus avait été entraîné à travers la cavité cervicale (*inversion complète du corps* ou *partielle de la matrice*).

2° L'auteur note en plusieurs points de son observation que « la tumeur était extrêmement sensible et que quand on la comprimait, la malade poussait des gémissements et accusait de grandes souffrances. » C'est là un fait qui mérite d'être enregistré. La surface de l'utérus renversé, ou les parois elles-mêmes de l'organe sont-elles sujettes à la douleur lorsqu'on les touche ou qu'on les violente? Depuis des années, je porte mon attention sur ce point, et jusqu'ici, je n'ai rencontré que très peu de renseignements précis sur la matière.

L'intérêt pratique de cette question réside en ceci : que, dans certains cas très obscurs, où le diagnostic différentiel, entre l'utérus inversé et un polype, est presque impossible avec les procédés ordinaires d'exploration; il est permis, cependant, de résoudre la difficulté au moyen de l'acupuncture. L'aiguille, en effet, comme je l'ai indiqué dans un travail spécial, éveillerait de la douleur et pénétrerait facilement les tissus, quand il s'agit de l'utérus; tandis que la piqûre serait indolore et d'une pénétration difficile, si l'on avait affaire à un polype (fibroïde dur, non altéré).

Messieurs, je ne m'étendrai pas davantage sur le travail de M. Hüe. Malgré les quelques critiques dont je l'ai cru passible, c'est un mémoire des plus intéressants et d'une exécution consciencieuse. Le succès chirurgical qui s'y trouve consigné fait le plus grand honneur à son auteur. Il s'agit, du reste, d'un sujet fort important, sur lequel les documents sont loin d'encombrer la science. Aussi, je pense qu'il peut figurer avantageusement dans nos bulletins. J'ai donc l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à M. Hüe, qui est l'un des candidats au titre de correspondant les plus zélés et les plus féconds;

2° De renvoyer son travail au comité de publication, afin de l'insérer intégralement dans nos bulletins, si c'est possible.

Ces propositions sont adoptées.

(*Séance du 11 juin 1879, Bull. de la Soc. de chir.*)

CONGRÈS

PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu a Amsterdam (6e *section*).

Le Congrès s'est ouvert à Amsterdam le dimanche 7 septembre sous la présidence de M. le Dr Donders, professeur à l'Université d'Utrecht.

Les séances du Congrès se sont divisées comme d'habitude, en séances générales et en séances de sections. Nous ne donnerons pas le compte-rendu de toutes les séances du Congrès, nous nous contenterons de signaler à nos lecteurs les travaux qui ont été lus et concernant seulement la gynécologie ou l'obstétrique.

SECTION DE MÉDECINE.

Dans la section de médecine, M. le Dr Daremberg fait une communication sur l'**influence qu'exerce la fonction menstruelle sur la marche de la phthisie pulmonaire.**

M. Daremberg a observé depuis qu'il exerce à Menton que la phthisie suit une marche particulière chez la femme, qui se caractérise par des alternatives d'amélioration et aggravation. M. Daremberg croit devoir rapporter cette marche à l'influence de l'ovulation sur la tuberculose.

Il rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'ovulation est marquée par une poussée phlegmasique aiguë, que cette ovulation s'accompagne ou non de flux sanguin, il admet même que cette influence de l'ovulation est plus pernicieuse lorsque le flux menstruel est supprimé.

De ces faits l'auteur déduit les conclusions suivantes :

Chez la femme régulièrement menstruée, chaque époque cataméniale peut être la cause d'une poussée congestive, simple, hémorrhagique ou inflammatoire.

Quand le phénomène de l'ovulation, caractérisé par tout le molimen congestif de l'organisme ovarien, est conservé, tandis que l'écoulement menstruel est supprimé, les phénomènes congestifs réflexes sont encore plus redoutables.

Lorsque l'écoulement menstruel persiste après la suppression de

l'ovulation, cette modalité pathologique n'a aucun effet congestif réflexe sur les poumons. Il en est de même lorsque la fonction menstruelle a disparu, soit à la ménopause physiologique, soit à la ménopause pathologique.

De ces faits résultent les indications thérapeutiques suivantes :

Chez toute femme phthisique, il convient d'observer l'état local et l'état général aux époques menstruelles, et à la moindre alerte d'empêcher le molimen congestif réflexe par des sédatifs généraux, comme la digitale, le bromure de potassium, le sulfate de quinine et par des révulsifs *loco dolenti* (vésicatoires, cautérisation ponctuée, huile de croton, cautère volant).

Il faudra agir de même dans les premiers temps qui suivent la grossesse.

Quand les règles cessent pendant que l'ovulation est conservée, il faut essayer de ramener les règles par des appels extérieurs (sinapismes et frictions sèches des membres inférieurs, sangsues aux cuisses), et par des purgatifs modérés. Si l'on ne réussit pas, il faut employer les emménagogues ordinaires. Même si les règles n'apparaissent pas comme auparavant, l'effet dérivatif est obtenu et le danger est conjuré.

Si, l'ovulation ayant cessé, les règles continuent à venir, cette hémorrhagie, ordinairement abondante, devient une cause anémiante qu'il importe de faire diminuer avec beaucoup de prudence. Il en est de même pour la leucorrhée.

Quand la fonction menstruelle sera complètement supprimée, il faudra bien se garder de faire venir les règles, qui deviendraient, sans but utile, une nouvelle cause d'affaiblissement.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

La section de gynécologie est présidée par le professeur HALBERTZMA, d'Utrect; elle a pour présidents honoraires, MM. PIGEOLET, MARTIN et BAART DE LA FAILLE; pour secrétaires, MM. VAN DER MEY et BARNOW.

M. le Dr JACQUES DE LA FAILLE communique un mémoire ayant pour titre : **Du traitement des tumeurs fibreuses de la matrice** dont voici les conclusions :

Le traitement des tumeurs fibreuses de la matrice dépend principalement des écoulements de sang qui les accompagnent.

Le lieu d'insertion des tumeurs et leur développement modifient le traitement.

L'administration des médicaments internes a de faibles chances de réussite : il n'y a que les fibromes intra-pariétaux, contre lesquels on en puisse faire l'essai. Il en est de même des bains alcalins.

Un des traitements les plus rationnels des fibromes intra-pariétaux est celui des injections sous-cutanées d'ergotine.

La méthode de dilatation de la matrice, au moyen de l'éponge préparée ou de laminaria, n'est point sans danger; elle exige au moins un prompt renouvellement des substances dilatatrices.

L'écrasement linéaire est préférable à toute autre méthode pour opérer les polypes fibreux.

Les fibromes intra-utérins se prêtent le mieux à l'énucléation. Il en est de même des fibromes sous-péritonéaux.

En cas de gastro-hystérotomie, le traitement intra-péritonéal du tronc est préférable au traitement extra-péritonéal.

L'extirpation totale de l'utérus offre de grands avantages.

La castration des femmes est rarement indiquée dans les cas de tumeurs fibreuses de la matrice.

Discussion. — M. Martin (de Bruxelles), dit que les accidents qui peuvent résulter des injections sous-cutanées d'ergotine sont presque toujours imputables à la négligence de l'opérateur.

M. Halbertzma a souvent remarqué des douleurs vives à la suite de ces injections. Pour remédier à cet inconvénient il ajoute une petite quantité de morphine.

M. Martin fait observer que la morphine peut avoir des inconvénients dans un traitement qui doit être continué, le plus souvent, pendant plusieurs mois.

M. Papillon demande s'il ne serait pas préférable d'injecter directement ce liquide dans le tissu même de l'utérus.

Quant aux moyens de dilatation il préfère la pince dilatatrice.

M. Lutaud fait observer que l'auteur n'a pas parlé dans son remarquable mémoire du traitement des tumeurs fibreuses par les courants électrolytiques. M. Martin, médecin de Saint-Lazare, a publié récemment dans les *Annales de Gynecologie* un mémoire où il vante l'emploi de l'électricité.

M. de la Faille répond qu'il n'a qu'une confiance très limitée dans l'action des courants électriques et que le nombre des cas où ce trai-

tement a été employé n'est pas assez considérable pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur de ce moyen.

M. LEBLOND dit qu'il a employé les courants continus chez une malade chez laquelle il avait employé sans succès les injections sous-cutanées d'ergotine, et qu'il a vu les hémorrhagies sinon se supprimer, du moins diminuer considérablement sous l'influence de ce moyen.

M. CORDES demande si quelqu'une a substitué l'ergot de froment à l'ergot de seigle ainsi que les Américains l'ont fait depuis quelque temps.

M. DE LA FAILLE dit qu'il n'a pas connaissance que ce médicament ait été employé en Europe.

M. le Dr HALBERTSMA, d'Utrecht, lit un mémoire sur la **prophylaxie des fièvres puerpérales** dont voici les conclusions :

Les causes principales des fièvres puerpérales sont : *a.* les dystocies, *b.* l'infection, *c.* les conditions météorologiques.

Les moyens préventifs sont : *a.* terminaison de l'accouchement avant le développement des symptômes d'endométrite, *b.* remplacement de l'exploration interne par l'exploration externe dans les accouchements naturels, *c.* les antiseptiques, *d.* la provocation des contractions de l'utérus, pendant les couches, par l'ergotine.

Les résultats des accouchements dans les Maternités tenues selon les lois les plus récentes de l'hygiène peuvent être aussi favorables que ceux des accouchements à domicile.

M. LEBLOND communique un **nouveau procédé de suture dans le cas de rupture incomplète du périnée**. (Ce travail sera publié prochainement.)

M. LUTAUD présente au nom de M. le Dr Delore, de Lyon, une boîte gynécologique de petit volume contenant ce qui est nécessaire pour pratiquer des injections interstitielles et hypodermiques.

Cette boîte renferme : 1° une seringue de la contenance de 2 grammes ; 2° une canule d'argent d'environ 13 centimètres de long qui s'adapte sur la seringue et terminée par un pas-de-vis sur lequel on peut adapter une sonde de gomme élastique de 2 millimètres de diamètre et de 7 centimètres de long environ.

Le Dr VAN DER MEY fait une communication sur l'**influence de la pilocarpine et de l'ésérine sur les contractions de l'utérus.**

Voici les conclusions de l'auteur.

L'injection sous-cutanée ou intra-veineuse d'une solution de chlo-

rhydrate de pilocarpine excite les contractions utérines dans la grossesse; faites au commencement du travail, ces injections augmentent l'énergie des contractions utérines.

L'action du sulfate d'éserine sur la matrice en état de gestation est presque la même que celle du chlorhydrate de pilocarpine.

L'expérience clinique, ainsi que la vivisection, ont démontré que le rôle réservé au chlorhydrate de pilocarpine parmi les moyens en usage pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, ne saurait être important.

Le chlorhydrate de pilocarpine peut renforcer l'action des moyens mécaniques qui tendent à provoquer l'accouchement prématuré artificiel.

Pendant l'accouchement naturel le chlorhydrate de pilocarpine peut souvent être employé avec avantage là, où l'énergie des contractions utérines n'est pas suffisante.

Le chlorhydrate de pilocarpine ne doit point être employé pour combattre les hémorrhagies post partum.

M. le D[r] PETITHAN, de Liége, lit un travail sur la **position que doit prendre la gynécologie dans les questions sociales qui ont rapport à la procréation.**

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes:

1° La gynécologie est de la plus haute importance pour les sciences sociales.

2° Mise en rapport avec la sociologie et l'économie politique elle indique les conditions du développement de la race humaine et les restrictions qu'on peut apporter à sa propagation.

3° Elle fournit à la société et à la justice des renseignements indispensables aux mariages et au divorce.

3° Il y a lieu de vulgariser ses enseignements.

Le mémoire de M. Petithan donne lieu à une discussion intéressante dans laquelle M. DRYSDALE, de Londres, développe des théories malthusiennes qui ont été soutenues par plusieurs membres.

M. le D[r] PICCINI, d'Asti, communique un mémoire sur la **contagion puerpérale et sur les moyens prophylactique et thérapeutique qu'il convient de lui opposer.**

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes:

1° La cause puerpérale n'est pas une cause seule et unique, et on rencontre toujours la péritonite endo-abdominale suppurée générale ou partielle; les injections phéniquées sont un excellent moyen de

désinfection et produisent surtout dans la cavité utérine une prompte cicatrisation.

2° Les injections phéniquées intra-utérines se recommandent absolument dans tous les cas où il y a des lochies fétides ; il suffit de les faire pendant trois à quatre jours au moins et pendant dix à douze jours au plus.

3° On peut faire les injections intra-utérines phéniquées ou simples en employant le spéculum le premier jour seulement et après les injections vaginales, et cela afin de contrôler oculairement les lésions du col utérin et de la muqueuse vaginale pour ensuite procéder à leur pansement. Dans le cas contraire on peut s'en passer car on peut très-bien introduire un cathéter dans l'utérus en se servant de l'index gauche comme conducteur.

4° Pour faciliter l'involution utérine, il n'y a rien de plus utile que l'huile de ricin pure, et à petites doses, selon les forces de la malade.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

Le Congrès annuel de la British medical association a tenu ses séances à Cork (Irlande), les 6, 7 et 8 août; nous ne reproduisons ici que les travaux de la section d'obstétrique et de gynécologie qui nous intéressent plus particulièrement.

Le Dr Kidd de Dublin a ouvert la séance en qualité de président de la section.

Le Dr Playfair de Londres a soulevé une discussion sur la **médication intra-utérine.** Il soutient que, comme tous les moyens puissants, la médication intra utérine mal employée peut faire beaucoup de mal. Il fait une distinction entre l'endométrite survenant après les couches et celle qui arrive dans les femmes non mariées. Il croit que, dans bien des cas, la stérilité est guérie par le bon emploi de la médication intra-utérine.

Le Dr Lombe Atthill de Dublin, lit un travail sur le même sujet. Il dit que la cavité utérine est souvent le siége d'altérations et qu'il faut porter les remèdes dans la cavité même. Les symptômes qui appellent l'attention du médecin sont: 1° Dérangement des règles, surtout les hémorrhagies et les dysménorrhées ; ° Catarrhe utérin ;

3o Douleurs. Sa méthode consiste à porter les liquides dans l'utérus au moyen d'une sonde au bout de laquelle on a enroulé du coton; les solides au moyen d'un porte caustique.

L'acide carbolique en solution, la teinture de l'iode, le phénol iodisé, l'acide nitrique, le nitrate solide d'argent, et les crayons d'iodoforme, sont les médicaments auxquels il a recours.

Le Dr Robert Battey de Rome (Amérique) dit qu'il trouve le phénol (acide carbolique pur) iodisé un bon remède pour attaquer le cancer utérin et qu'il peut remplacer la curette en détruisant les tissus altérés. Pour la médication intra-utérine une solution d'une partie d'iode dans quatre parties d'acide carbonique sont des proportions convenables. Il s'en sert à l'exclusion des autres remèdes.

Le Dr Tilt de Londres, trouve que la métrite interne est une maladie très-commune, qu'elle accompagne souvent les inflammations du cervix et qu'elle est souvent guérie par les mêmes méthodes que l'on emploie pour traiter le cervix. Il croit que si les maladies inflammatoires du col sont traités convenablement il y aura peu de nécessité de recourir à la médication intra-utérine. Le Dr Tilt croit que dans les hémorrhagies continues qui menacent la vie, la médication intra-utérine est nécessaire, aussi bien que dans les cas où la métrite réagit sur le système général, dans la dysménorrhée membraneuse, dans les avortements causés par l'état pathologique de la muqueuse utérine. Il rappelle aux membres que leur président le Dr Kidd est le premier qui ait osé porter de l'acide nitrique pur dans la cavité utérine, élargie.

Le Dr Gallard de Paris, présente à la section deux brochures dans lesquelles il a discuté la question. La première traite de la métrite interne. Il mentionne les maladies qui attaquent la cavité utérine, et qui par conséquent réclament la médication intra-utérine. Il a démontré que les cautérisations sont de la plus haute importance, et que pour en tirer le plus grand bénéfice il faut les appliquer sous forme liquide plutôt que sous la forme solide. Il décrit les précautions indispensables pour éviter tout danger. Quant aux végétations de la muqueuse que l'on ne pourrait pas détruire par des agents caustiques, il dit qu'il est alors utile d'employer la curette. Dans la seconde brochure il relate un cas où l'emploi de la curette par M. Richet fut suivie d'un succès complet.

Le Dr Robert Barnes de Londres, dit que le Dr Playfair n'a pas pu

apprécier justement la valeur du travail fait bien avant qu'il fût connu dans la gynécologie. Le Dr Tyler Smith a publié un travail dans lequel il a démontré la différence qui existe entre la leucorrhée vaginale et les leucorrhées venant du col de l'utérus. Le Dr Barnes après une longue expérience préfère introduire les médicaments sous forme de liquides au moyen de coton porté sur une tige. Dans les cas de congestion il préfère les scarifications du col aux sangsues. Les sangsues ne veulent pas toujours piquer les parties d'où l'on veut retirer du sang, tandis qu'on peut toujours faire une ponction à un endroit déterminé. De cette façon l'inflammation autour des petites glandes disparait sur le champ. Il a employé et l'iode et l'acide carbolique, chacun a ses avantages. Dans les maladies syphilitiques de l'utérus il croit que l'iode est le meilleur médicament, il modifie l'état général tout en agissant sur la muqueuse de l'utérus. Quant aux observations du Dr Tilt, il y a tant de médecins qui ont employé la médication intra-utérine avec succès qu'il n'est pas nécessaire de combattre ses opinions. Dans la pratique clinique on doit se rappeler que les métrorrhagies sont plus souvent dépendantes d'une maladie utérine que d'une maladie du système général. Il regarde l'acide nitrique comme déterminant une cautérisation superficielle lorsqu'il n'est pas appliqué trop largement, et il l'a appliqué deux ou trois fois par mois sans avoir de mauvais résultats.

Le Dr Cordes, de Genève, décrit un appareil pour la médication intra-utérine, c'était un tube qu'il introduit dans l'utérus et dans lequel il fait passer une petite brosse chargée du médicament. Il a employé cet instrument avec succès.

Le Dr Macan, de Dublin, fit observer que dans les utérus nullipares les sécrétions sont souvent retenues par l'os utérin qui ne s'ouvre pas suffisamment, il faut le diviser. Il a vu une péritonite survenir après une application d'acide nitrique. Chez une autre femme, la mort est arrivée quarante-huit heures après une application de ce même acide.

Le Dr Malins, de Birmingham, dit que la médication utérine n'est pas aussi souvent nécessaire qu'on veut bien le dire. Il croit que la distinction préconisée par le Dr Macan entre l'utérus nullipare et multipare est très-rationnelle.

Le Dr Byford, de Chicago, a l'habitude de faire rester la malade au lit pendant deux jours avant de faire une application intra-utérine.

Il attend toujours quelque temps après les règles avant de faire une application intra-utérine.

Dans les cas où le canal cervical est étroit il hésite à appliquer de l'acide nitrique. Dans ces cas il préfère recourir à la glycérine mélangée à de l'extrait de belladone.

Le Dr Henry Bennet de Londres, dit que pour l'acide nitrique, il est de l'avis du Dr Lombe Atthil. Il croit qu'il est absolument nécessaire de faire des examens fréquents pour voir comment va l'utérus pendant la médication intra-utérine. Sans cela on ne sait pas ce qui se passe dans l'utérus. L'examen de la malade au moment du traitement est d'une haute importance. Il est nécessaire de faire revenir à un état d'intégrité toutes les parties où l'on va opérer.

Le Dr Macan (de Dublin) soulève ensuite une discussion sur les **hémorrhagies des organes génitaux pendant la grossesse et la parturition.** — L'auteur les divise en : 1° Menstruation pendant la grossesse ; 2° Les symptômes d'avortement qui justifient l'abandon de tout effort pour sauver l'œuf. 3° Avortements incomplets ; leur traitement ; 4° Le traitement du placenta prævia ; 5° Le moyen d'éviter et de traiter les hémorrhagies post partum. — Il croit avec Bischoff que la menstruation dépend de l'ovulation et qu'elle ne se produit pas pendant la gestation. Quant à la seconde proposition, il n'y a rien de plus difficile que de déterminer la vie ou la mort d'un œuf. Dans les avortements incomplets où le placenta n'est pas expulsé, la curette en cuir mou de Thomas enlève sans grande difficulté les restes du placenta. Il pense que dans le placenta prævia le moyen le plus sûr d'arrêter les hémorrhagies est de causer la rupture des membranes. Pour le traitement des hémorrhagies post partum, les méthodes les plus nouvelles sont l'injection de l'eau chaude de 110° à 120° Fahrenheit dans la cavité de l'utérus et l'injection sous-cutanée de l'eau-de-vie, de l'éther, etc.

Le Dr More Madden, de Dublin, emploie dans les hémorrhagies graves, le perchlorure du fer. Seulement au lieu de l'injecter comme fait Barnes il l'applique à la surface intérieure de l'utérus au moyen d'une éponge qu'il a trempée dans la solution de perchlorure de fer. L'éponge est retenue dans l'utérus par la main jusqu'à ce que l'utérus se soit contracté.

Le Dr Walter de Manchester, a traité 11 cas d'hémorrhagie post partum par l'injection de l'eau chaude de 110° à 120° Fahr. Il a remarqué que l'injection de l'eau chaude ne faisait pas contracter l'utérus.

Le Dr Norman Herr, de Londres, dit que dans le cas où la malade est faible l'eau chaude est très-utile.

Le Dr Robert Barnes, de Londres, dit qu'il y a des cas où l'utérus perd toute sa contractilité. Dans ces cas il n'y a que le perchlorure de fer pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. Dans un cas où son fils le Dr Faucourt Barnes l'avait assisté dernièrement ils ont employé successivement la pression de la main sur l'utérus, l'injection sous-cutanée de l'ergotine, l'injection sous-cutanée de l'eau-de-vie, l'injection intra-utérine de teinture de l'iode, puis de l'eau chaude à 110° Fahr., mais la femme saignait toujours, elle était moribonde, alors ils ont injecté une solution de perchlorure de fer dans l'utérus, l'hémorrhagie a cessé de suite. La femme a guéri.

Le Dr Dill, de Belfast, fait tomber de l'eau froide d'une certaine hauteur sur la malade pour arrêter les hémorrhagies.

Le Dr Thompson, de Leamington, est de l'avis du Dr Barnes. Il a vu un cas où le placenta a été expulsé tout entier avant que la tête de l'enfant fut descendue dans le bassin, le travail s'est accompli sans perte de sang.

Le Dr Cordes, de Genève, injecte l'éther sous la peau dans les hémorrhagies post-partum. Il croit aussi que l'injection sous-cutanée d'ergotine est très utile. La syncope peut être évitée par la position que l'on donne à la patiente et par l'application des bandes d'Esmarch aux bras et aux jambes.

Le Dr Atthill, de Dublin, dit que l'ergot est incertain. L'eau froide est utile lorsqu'elle est employée à propos, c'est-à-dire pendant que la malade a encore chaud et que la réaction peut survenir. Quand la malade est fatiguée l'eau froide est nuisible, et alors l'injection de l'eau chaude est utile. L'eau chaude n'est par sûre, mais elle est utile en quelques cas. Le perchlorure de fer est le seul moyen qui soit sûr pour arrêter les hémorrhagies. Le Dr Atthill a sauvé plusieurs femmes par le perchlorure de fer.

Le Dr Malins, de Birmingham, dit que lorsqu'il ne peut arrêter les hémorrhagies par la pression sur l'utérus, l'ergotine, etc., il emploie le perchlorure de fer sur une éponge avec laquelle il touche l'intérieur de l'utérus.

Le Dr Edis, de Londres, dit qu'il faut préparer la malade pour l'accouchement, la fortifier pour qu'elle ait plus de force pour son accouchement. Alors elle est moins susceptible aux hémorrhagies et aux autres dangers des couches. Dans bien des cas les hémorrhagies

pourront être évitées par l'emploi du forceps qui évite de laisser l'accouchement se prolonger jusqu'à ce que la femme soit exténuée de fatigue. Il dit que l'on ne peut pas trop louer le Dr Robert Barnes d'avoir introduit dans la pratique un remède comme le perchlorure de fer qui permet à l'accoucheur de sauver une femme de la mort.

Le président, Dr Kidd, de Dublin, dit que souvent il y a de petites hémorrhagies pendant la grossesse qui dépendent de l'ulcération du col et que l'application du nitrate d'argent les guérit. L'introduction de la main dans l'utérus pour enlever les caillots de sang est une méthode très utile dans les hémorrhagies post partum. Il tient beaucoup à la méthode usitée à Dublin qui consiste à tenir l'utérus dans la main pendant et après la délivrance de l'enfant et jusqu'à l'expulsion du placenta.

Par ces manœuvres on évite bien des hémorrhagies. L'injection de l'eau chaude est encore incertaine dans son action. Il préfère mettre du perchlorure de fer solide dans l'utérus. Tout dernièrement quelques auteurs allemands avaient suggéré l'emploi des bandes d'Esmark aux bras et aux jambes et ils ont désigné cette opération sous le nom d' « Auto-transfusion. » Il est d'avis que la transfusion directe du sang n'est pas employée assez souvent, et que lorsque l'on s'en sert c'est toujours trop tard. La trop longue durée d'un accouchement est souvent cause d'une hémorrhagie et il pense avec le Dr Edis que le forceps doit être employé de bonne heure.

Le Dr Graily Hewitt, de Londres, lit une petite note sur le **traitement des vomissements de la grossesse**. Il dit que le traitement du Dr Copman, de Norwich, en dilatant le cervix est d'une grande valeur et qu'il agit en redressant la flexion de l'utérus.

Le Dr Byford, de Chicago, lit un travail sur le **traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par l'ergotine**. Il dit qu'il améliore les hémorrhagies et les leucorrhées, que souvent il arrête la croissance des tumeurs, et que quelquefois il cause l'absorption des tumeurs. En déterminant la contraction utérine l'ergot produit souvent l'expulsion d'un polype sous-muqueux. De la même manière il déplace les tumeurs situées dans les parois de l'utérus.

Le Dr Hodgen, de Saint-Louis (Missouri), exhibe une **tumeur fibreuse qui fut expulsée avec le placenta** auquel elle était attachée et dont elle formait une partie intégrante. La tumeur est un fibromyome de l'utérus.

Le Dr Cordes, de Genève, présente l'**insufflateur du Dr Ribémont** et en explique les particularités.

Le Dr Atthill, de Dublin, montre un nouvel **appareil pour la réduction de l'inversion de l'utérus.**

Faucourt Barnes.

Secrétaire de la section d'obstétrique et des maladies des femmes.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur l'anatomie topographique du fœtus : applications a l'obstétrique; avec 30 planches contenant 79 figures, par le Dr A. Ribemont, ancien interne de la maternité de Paris (1).

Nous aurions voulu entretenir plus tôt nos lecteurs de ce beau travail, publié l'année dernière, mais des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de le faire. Aujourd'hui nous tenons à réparer cet oubli. Cette publication constitue le premier travail d'ensemble concernant l'anatomie topographique du fœtus; et quoique l'auteur, dans son introduction, prévienne le lecteur que son ouvrage ne doit pas être considéré comme un Traité d'anatomie topographique du fœtus, nous estimons au contraire qu'il en possède toutes les qualités.

Au lieu d'avoir recours à la dissection ordinaire, le Dr Ribemont a employé la méthode des coupes après congélation, de façon à ne pas détruire ou altérer les rapports des organes. Sa méthode comprend donc trois opérations successives : 1° la congélation du sujet ; 2° l'exécution de la coupe; 3° la reproduction graphique de l'image fournie par celle-ci.

Après avoir initié le lecteur à la technique de ces trois opérations, l'auteur expose, dans la première partie de sa thèse, les données anatomiques qu'il a recueillies et qui sont relatives aux cavités : buccale, thoracique et abdominale.

L'étude attentive de la cavité buccale le conduisit à une application

---

(1) Paris 1878. Octave Doin, éditeur, 8, pl. de l'Odéon.

essentiellement pratique. L'observation anatomique lui démontra, en effet, que les courbures du conduit laryngo-pharyngo-buccal étaient loin d'être représentées par le tube de Chaussier, plus ou moins modifié depuis.

La constatation de ce fait explique facilement la difficulté qu'on éprouvait à introduire l'ancien tube et surtout à le maintenir dans le larynx quand on était parvenu à l'y introduire. Le Dr Ribemont fit construire un nouveau tube laryngien, dont les courbures sont calquées sur les courbures *naturelles*, de sorte que l'instrument est d'abord plus facile à introduire, et ensuite ne subit plus de déplacement dès qu'il est introduit, que la bouche de l'enfant reste ouverte ou fermée. Ce tube, qui porte justement le nom de l'auteur, possède en outre d'autres qualités, qui sont décrites dans un intéressant mémoire intitulé: *Recherches sur l'insufflation des nouveau-nés et description d'un nouveau tube laryngien* (voir *Progrès médical*, avril 1878).

L'étude de la cavité thoracique, faite avant et après la respiration, n'a pas conduit l'auteur à des résultats moins intéressants. Nous connaissons maintenant les rapports des poumons, du thymus et du cœur, entre eux et avec la cavité thoracique, avant et après la respiration.

A propos des rapports du cœur, nous ne pouvons nous dispenser de signaler ce fait important, bien et dûment constaté, à savoir que chez l'enfant qui n'a pas respiré, le cœur est situé presque entièrement dans le segment antérieur gauche de la poitrine, et que, de plus; le centre cardiaque est à peu près *à égale distance de l'extrémité céphalique et de l'extrémité pelvienne.* (Voir planches I, XXI, XXII, XXIII, XXIV.)

Faisant l'application de ces données à la pratique obstétricale, le Dr Ribemont, dans la 2e partie de son travail, a comparé les indications qu'elles fournissent aux résultats de l'observation clinique.

On peut tirer de ce chapitre les conclusions suivantes que nous formulons d'une façon plus nette encore que l'auteur, parce que maintes fois, soit pendant notre internat à la maternité, soit pendant notre clinicat, nous en avons vérifié l'exactitude en présence des élèves (1).

1° *L'auscultation employée seule est insuffisante à établir le diagnostic des présentations.*

Si, dans les présentations du siège, le maximum des bruits du cœur

(1) Nous avons rassemblé sur ce sujet en 1875-1876 un assez grand nombre d'observations cliniques que nous n'avons pas publiées; car un de nos anciens externes doit en faire le sujet de sa thèse inaugurale.

s'entend ordinairement au niveau de l'ombilic, cela tient à ce que la région pelvienne du fœtus n'est pas engagée. Aussi le Dr Ribemont est-il absolument dans le vrai lorsqu'il dit : « Le lieu de production des bruits cardiaques n'est pas plus élevé, si c'est le siège, que si c'est la tête qui se présente, lorsque ces deux régions sont l'une et l'autre au niveau de l'aire du détroit supérieur. »

2° *Le diagnostic des positions et des variétés de position du sommet est possible à l'aide de l'auscultation.*

Mais pour que cela soit, il faut connaître les *foyers d'auscultation*, appartenant à chaque position ou à chaque variété. Cette assertion, qui a l'air d'être empruntée à M. de la Palisse, a cependant sa raison d'être en ce que, les foyers d'auscultation donnés par les auteurs, et considérés jusqu'à présent comme classiques, sont faux pour la plupart.

Les observations du Dr Ribemont viennent confirmer les nôtres et peuvent se résumer ainsi.

Dans l'O.I.G.A., le foyer d'auscultation *classique* est vrai, c'est-à-dire que l'aire maximum se trouve généralement sur le trajet de la ligne qui joint l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Dans l'O.I.D.P., le foyer d'auscultation se trouve sur le trajet d'une ligne qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic. C'est donc en avant et à droite et non à droite et en arrière que se trouve l'aire maximum.

Dans l'O.I.D.A., le foyer d'auscultation se trouve sur la ligne médiane de l'utérus, ou à un ou deux centimètres à droite de cette ligne.

Dans l'O.I.G.P., il y a deux foyers postérieurs, l'un à droite, l'autre à gauche, mais dans les deux, les pulsations sont lointaines.

Dans l'occipito-pubienne, le foyer d'auscultation se trouve à *gauche.*

Les planches du Dr Ribemont et ses observations donnent la démonstration et l'explication de ces faits.

La troisième partie est consacrée à l'étude des *effets de la torsion du cou du fœtus, portée à 180° sur le rachis et la moelle.*

L'on sait combien le précepte formulé pour la première fois par Smellie et concernant la rotation artificielle dans les occipito-postérieurs rencontra d'adversaires. Combattu par presque tous les accoucheurs de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, il fut réhabilité par P. Dubois et Danyau. Mais d'autres autorités soutinrent quand même que ce mouvement de rotation, par le fait de son éten-

due, devait être funeste à l'enfant. Déjà les observations cliniques avaient répondu, quand M. Tarnier (1), ne se contentant pas des faits cliniques, institua des expériences extrêmement ingénieuses, qui démontrèrent que, quand on ramène le menton au niveau du dos, ce mouvement ne se passe pas seulement dans l'articulation atloïdo-axoïdienne, mais dans toute la longueur de la région cervicale qui se contourne en spirale; que de plus, il ne se produisait pendant le mouvement de torsion, aucune compression du canal rachidien.

Le Dr Ribemont vient de confirmer les expériences si probantes déjà et si ingénieuses du chirurgien en chef de la maternité. Après avoir fait congeler des fœtus dans une attitude telle que le menton répondît au dos, et l'occiput au sternum, il pratiqua des coupes horizontales, aux différentes hauteurs de la colonne vertébrale et des coupes verticales en suivant la ligne médiane antéro-postérieure, et l'étude de ces différentes coupes démontre les particularités suivantes :

1° Ainsi que l'avait déjà vu M. Tarnier, la torsion du cou se répartit sur toute l'étendue de la colonne cervicale, et les six à sept premières vertèbres dorsales;

2° Loin de se passer exclusivement ou principalement au niveau de l'articulation atloïdo-axoïdienne, la torsion n'est pas plus accusée pour les premières vertèbres cervicales que pour les dernières ;

3° En aucun point il n'y a de déformation, ni d'aplatissement du canal rachidien ;

4° La moelle occupe le centre de ce canal : elle n'est donc exposée à aucune compression, mais elle subit une *torsion sur son axe*, parallèle à celles que subissent les vertèbres. Le mécanisme de cette torsion est facile à comprendre, dit le Dr Ribemont : « les nerfs rachidiens sont par le fait de leur passage à travers les trous de conjugaison, rendus solidaires du déplacement des vertèbres, et entraînent à leur tour la moelle épinière dans ce mouvement de torsion. »

Enfin, dans un dernier chapitre, il étudie *les modifications que subissent les articulations des membres soumis à des tractions énergiques.*

Sous l'inspiration de M. Tarnier, il rechercha quelles modifications apportaient des tractions moins considérables que celles employées par le professeur Pajot et qui allaient jusqu'à 60 kilogrammes, sur les grandes articulations. Pour cela, les membres d'un côté étant sou-

(1) *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.* T. XV.

mis à une traction de 30 kilogrammes, ceux du côté opposé étaient laissés à eux-mêmes. Après la congélation, une coupe longitudinale symétrique était pratiquée sur les uns et sur les autres (voir pl. XXX), voici les résultats obtenus :

1° Les articulations du membre supérieur cèdent plus que celles du membre inférieur ;

2° L'articulation scapulo-humérale est, de toutes, celle qui, sans rupture ligamenteuse, permet le plus grand écartement des surfaces articulaires ;

3° Du côté du membre inférieur, tandis que les articulations coxo-fémorale et tibio-tarsienne, se laissent allonger d'une façon sensible, l'articulation du genou résiste d'une façon à peu près absolue. Ce fait avait déjà été constaté par le professeur Pajot, dans la douzième expérience de sa remarquable thèse d'agrégation.

Ce simple aperçu des points importants contenus dans l'ouvrage du Dr Ribemont suffit amplement pour en démontrer la valeur. Peu de travaux originaux rendront de plus grands services à l'obstétrique que celui que nous venons d'analyser. Ajoutons encore que les planches qui toutes ont été exécutées par l'auteur, sont remarquables de clarté, et révèlent un accoucheur doublé d'un artiste, ce qui ne constitue pas une mince supériorité.

A. Pinard.

REVUE SEMESTRIELLE DES TRAVAUX ALLEMANDS.

Absence probable des ovaires ; arrêt de développement des cordons de Muller. — Une fille de 22 ans, sujette à des congestions céphaliques à retour régulier, a les organes génitaux externes bien conformés mais pas de molimen menstruel ni de propension sexuelle. La voix, l'habitus et le bassin sont du reste féminins et les seins bien développés.

L'examen gynécologique pratiqué dans le sommeil chloroformique démontre l'absence du vagin, de l'utérus et des ovaires. Le palper fait constater au voisinage de la paroi pelvienne un corps ovale, lisse, élastique, du volume d'une petite prune qui est interprété comme une corne utérine rudimentaire, d'autant qu'elle est en connexion avec un cordon fibreux dirigé transversalement (rudiment du cordon de Muller). Rheinstaedter *Arch. f. gyn.*, XIV, p. 497.

Si ce fait a été bien observé, ce serait là un exemple d'utérus unicorne à l'état embryonnaire.

Développement rudimentaire des cordons de Muller ; hernie inguinale de la corne utérine gauche ; extirpation de cette corne et de l'ovaire correspondant ; guérison. — Une femme de 28 ans, issue de parents ayant eu dix-sept enfants bien conformés, éprouva pour la premiere fois, à l'âge de 14 ans, le molimen menstruel. Ce molimen revenait régulièrement tous les vingt-six ou vingt-huit jours mais n'était pas suivi d'évacuations sanguines ; il s'accompagnait de douleurs qui duraient plusieurs jours et étaient localisées dans la région inguinale gauche. Avec le temps, la patiente remarqua que, dès le premier jour du molimen, un corps du volume d'une prune se gonflait à l'aine gauche, que ce corps devenait de jour en jour plus volumineux et ne reprenait son volume antérieur que plusieurs jours après l'époque menstruelle. Il en résulta à la longue une irritabilité excessive et une altération grave du système nerveux.

Mariée à 20 ans, elle eut, sur le conseil de son mari, recours à un gynécologue qui, trouvant le vagin absent, essaya par l'incision et la dilatation avec la laminaire de créer une voie jusqu'à l'utérus afin de remédier à un prétendue rétention du sang menstruel. Le traitement fut par bonheur interrompu, mais il survint à la suite et surtout en 1877 des hémorrhagies supplémentaires par le nez et les poumons.

En mars 1878, elle se confia aux soins du Dr *Léopold* qui, après l'avoir suivie pendant plus d'un an, a publié cette remarquable observation qu'à mon grand regret je suis forcé de résumer.

Les seins, le pelvis, la vulve sont bien conformés mais le vagin se termine en cul-de-sac à 3 centimètres de profondeur. En cet endroit il n'y a aucun indice de portion vaginale et au-dessus on ne trouve aucune trace d'utérus ni d'ovaires.

Dans l'aine gauche, au niveau de l'anneau inguinal externe, on constate une tumeur inégale, a peu près grosse comme la moitié d'un œuf de poule, douloureüse, à peine mobile, à peu près parallèle dans son grand axe au pli inguinal et rappelant un *ovaire anormalement situé.* A droite, au contraire, la région inguinale est normale ; mais en déprimant les parois on trouve, à environ 3 centimètres de profondeur un petit corps ressemblant à celui constaté à gauche mais plus mobile, moins douloureux et beaucoup plus petit.

Les douleurs déterminées par la tumeur gauche devinrent à la longue si vives qu'on procéda à l'opération le 15 février 1879; on enleva la tumeur qui était *non pas un ovaire*, comme on l'avait diagnostiqué, mais *une corne utérine rudimentaire* et on extirpa en même temps la trompe et l'ovaire adjacents. Après la toilette parfaite de la cavité abdominale et l'abandon des ligatures, la plaie en T fut fermée par cinq sutures profondes de fil d'argent comprenant le péritoine et par plusieurs sutures superficielles en fil de soie, et, au point de réunion des deux incisions, on introduisit à une profondeur de 1 centimètre à peu près un petit tube de drainage. Pansement à l'ouate salicylé. Perte de sang très faible. L'opération dura une heure quart.

Il ne survint pas de fièvre. Le second pansement fut fait le cinquième jour on enleva le drain et les sutures superficielles. Les sutures d'argent furent enlevées le dixième jour. Sauf le point où s'était fait le drainage la réunion eut lieu par première intention. Quatorze jours après la cicatrice était parfaite. Le temps de l'époque menstruelle se passa sans le moindre trouble; il y eut seulement quelques contractions dans les muscles de la jambe gauche.

La corne utérine amputée du volume du pouce offre la structure histologique de l'utérus, c'est-à-dire des fibres lisses, du tissu conjonctif, des vaisseaux et glandes. La muqueuse qui revêt l'intérieur de la cavité est peu vasculaire, sans trace de pigment et autorise par suite à penser qu'il n'y a jamais eu d'exhalation sanguine.

L'ovaire offre tous les caractères de la normalité; corps et vésicules jaunes à divers degrés de développement. La trompe a un pavillon à belles franges, mais il n'y a pas de canal à la suite de l'infundibulum. (Léopold, *Arch. f. Gyn.* T. XIV, p. 378).

Dans les réflexions qui suivent cette remarquable et curieuse observation, Léopold conclut qu'à sa connaissance c'est là un cas unique. Il fut, ce me semble, resté dans le vrai s'il se fût borné à dire que c'est là le premier cas dans lequel on ait fait l'extirpation d'une corne utérine rudimentaire. En effet, il existe dans la science des cas où la corne utérine s'est semblablement rencontrée dans une hernie inguinale d'origine congénitale. Tels sont entre autres les faits de Jackson et Rektorzik relatés dans ma monographie « Des ovaires, de leurs anomalies ». Paris, 1873.

Accouchements quintuples. — A raison de leur extrême rareté je signale les deux cas suivants :

Une femme ayant eu neuf accouchements à terme et quatre avortements, accoucha à cinq mois de quatre garçons et d'une fille ayant en longueur de 20 à 22 centimètres. Le premier né était mort, les autres vécurent de quatre à cinq minutes. Chaque enfant avait un placenta particulier. L'expulsion de l'arrière-faix fut spontané pour les quatre premiers ; quant au dernier il dut être détaché avec la main. (Szauer, *Wien. med. Presse*, 1877, p. 1608).

Une femme de 26 ans, ayant eu deux enfants, eut ses dernières règles dans les premiers jours de mars. Au second mois de la grossesse, douleurs gastriques très-vives, au troisième mois, hémorrhagie assez forte qui se serait répétée mais avec une moindre intensité. En même temps le ventre commence à se développer et acquiert vite un développement insolite. Les mouvements fœtaux se montrent à quatre mois révolus ; ils restent faibles mais *ils sont perçus en plusieurs endroits à la fois*.

Le 11 août 1879, c'est-à-dire dans la seconde moitié du septième mois, apparition des douleurs qui d'abord amènent vingt-quatre heures après la rupture de trois poches amniotiques et l'expulsion décisive de trois fœtus par le sommet. A la suite il y a accalmie mais comme le volume de l'utérus restait considérable, *Volkmann* est appelé « pour extraire le placenta. » Quelques minutes après son entrée, les douleurs reparaissent et chassent un petit placenta correspondant au quatrième fœtus et un placenta volumineux correspondant aux trois premiers fœtus. Abstraction du repos intervenu, la sortie des cinq enfants demanda tout au plus trente minutes. Pas d'hémorrhagie, suites de couches excellentes.

Les fœtus avaient en moyenne 35 centimètres ; les quatre premiers étaient des garçons, le dernier, une fille, quoique un peu plus petite que ses frères, elle vécut cinq heures, c'est-à-dire le maximum.

Les placentas propres au quatrième et au cinquième fœtus étaient séparés l'un de l'autre par le grand placenta : celui-ci avait un chorion commun mais offrant trois cavités amniotiques, dans chacune d'elles était un cordon ombilical. (Volkmann, *Centralblatt f.Gynak.*, 1879, page 461).

On le voit, cet excès de fécondité a été en pure perte, et par malheur c'est là une règle qui ne compte guère d'exceptions.

Inversion puerpérale de l'utérus rapidement réduite par le kolpeuryse. — Une femme ayant eu 9 enfants le dernier il y a quatorze

mois, a depuis cette époque une soi-disant chute de matrice pour laquelle elle porte un anneau. En même temps, en dehors des époques menstruelles qui sont cependant très marquées, elle est sujette à de fréquentes hémorrhagies et à un écoulement purulent.

L'utérus renversé a le volume d'un œuf de poule; il est dans le vagin mais par la traction il arrive facilement à la vulve. A droite du fond on peut sonder la trompe correspondante : quant à l'ostium uterinum gauche il n'a pu être trouvé.

Le 19 novembre et sans le moindre essai de réduction soit manuel, soit instrumental, *Spiegelberg* appliqua dans le vagin une forte vessie de gomme renfermant un demi-litre d'eau. Pendant la nuit suivante, la malade éprouva beaucoup de douleurs aiguës dans le ventre « Bauchsneiden. » Après vingt-quatre heures, quand on fit l'extraction de la vessie, l'inversion était complètement réduite et à travers le méat largement ouvert, la sonde pénètre à 6 cent. 7.

Pour éviter la reproduction de l'inversion, on replaça encore la vessie, donna le seigle et prescrivit le repos au lit. Bref sept jours après, elle quittait l'hôpital guérie (Kroner, *Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 271).

De la laparotomie. — Plusieurs articles traitant de ce sujet, j'ai vu avantage à les rapprocher : ce sont Bruntzel, « Sechs fäll von Exstirpation des Uterus nach Freund » (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 245), B. Crédé « Eine neue Methode der Exstirpation des Uterus » (*Ib.*, p. 430), Alberts, « Zur Operationstechnick bei Laparotomien » (*Ib.*, p. 416), et enfin Loebker, « Bericht über die in der Gynæk. klinik zu Greifswald ausgeführten Laparotomien » (*Ib.*, p. 438).

L'extirpation de l'utérus par la paroi abdominale est, cela va de soi, beaucoup plus grave et surtout plus dangereuse que l'ovariotomie. La communication de Bruntzel est un simple procès-verbal, mais combien il est éloquent dans sa brièveté.

1° Fille de 18 ans, affectée d'un *sarcome polypeux du col utérin.* L'opération faite le 10 mai 1878, d'après le procédé Freund, dura deux heures un quart. *Cinquante-trois* heures après malgré un pansement antiseptique l'opérée mourait de péritonite fibrino-purulente et sanieuse.

2° Le 14 juillet on opéra une femme de 47 ans pour un *carcinoma corneum* de la portion vaginale. L'opération qui dura deux heures et demie fut suivie de guérison. Mais le 9 janvier suivant le cul-de-sac antérieur et le côté gauche du vagin sont comme poussés en avant

par une série de formations nodulaires, qui sont fort sensibles à la pression. La cicatrice de la plaie vagino-péritonéale est néanmoins lisse.

3° Le 24 juillet on opère une femme de 41 ans pour un *carcinome papillaire du col utérin*. Enorme perte de sang pendant l'opération qui dure deux heures et quart. Mort vingt-quatre heures après avec des phénomènes de faiblesse croissante. A l'autopsie, sang dans la cavité abdominale et péritonite généralisée.

4° Le 4 août, on opère une femme de 51 ans pour un *carcinome papillaire de la lèvre antérieure du col*, mais à raison de l'extension du cancer on dut interrompre l'opération. Après une toilette soignée, la plaie abdominale fut fermée par 8 sutures profondes et par une série de sutures superficielles. L'opérée put être renvoyée dans sa famille où elle succomba peu après au progrès du carcinome dans le bassin.

5° Le 5 octobre on opère pour un *carcinome du col*, une femme de 41 ans. L'opération dura une heure trois quart et se termina par la mort treize heures après. A l'autopsie dégénérescence du cœur; œdème et emphysème des poumons; infiltration carcinomateuse des ganglions inguinaux droits.

6° Le 28 novembre on opère pour un *carcinome du col* une femme de 40 ans. L'utérus et les ovaires sont enlevés. L'opération dura deux heures et fut suivie de mort le cinquième jour. Péritonite purulente diffuse; ligatures des deux uretères faites accidentellement; hydronéphrose double avec néphrite parenchymateuse récente.

Ce bilan de la pratique de Spiegelberg n'est pas fait pour encourager de semblables tentatives : aussi nous nous associons pleinement aux réflexions qui terminent cet exposé. On ne devra pratiquer cette opération que « lorsque l'utérus est mobile dans le bassin, qu'il « n'y a aucun point d'infiltration en avant et en arrière et sur le côté, « que les culs-de-sac vaginaux sont sains et que les forces de la pa- « tiente sont satisfaisantes. Malheureusement on n'est pas toujours « en mesure d'enlever toutes les parties malades, et on éprouve sou- « vent des mécomptes. Enfin comme la marche du carcinome est en « général rapide, l'opération de Freund ne saurait guère s'élever au- « dessus du cadre d'une opération palliative. Étant donnés les dangers « qu'elle entraîne et que confirme suffisamment le chiffre élevé de « la mortalité, elle ne saurait trouver son emploi légitime que dans « des cas exceptionnels. »

Sans doute tous les opérateurs n'ont pas été aussi malheureux que

le précédent mais sauf l'inventeur du procédé, Freund, qui a obtenu 5 guérisons sur 10 opérations, tous ont des décès à leur passif. Bref sur un total de 31 opérations (1), il y a *dix* guérisons seulement, et encore si de ce nombre on défalque 3 récidives observées par Freund, Olshausen et Spiegelberg (nº 2) moins de six mois après, on sera amené à conclure que le résultat est assez médiocrement satisfaisant. Les causes de mort ont été la septicémie (11 fois), le collapsus (51 fois) et enfin l'hémorrhagie (1), l'iléus (1), l'asphyxie (1) et la péritonite par perforation (2 fois).

Loin d'être découragé par cette mortalité si élevée, on s'est occupé de perfectionner le procédé primitif. Telle est du moins le but qu'ont poursuivi Benno Credé et Alberts dans les travaux cités ci-dessus. Le premier propose d'élargir l'incision transversale et de réséquer un morceau de la paroi antérieure du bassin, tandis que le second se borne à introduire dans l'ampoule rectale une vessie remplie d'eau. On peut dire *a priori* que ces modifications ne changeront rien aux résultats définitifs. Elles peuvent tout au plus faciliter l'opération en rendant plus accessibles à la vue les parties situées dans la profondeur du bassin mais elles ne sauraient en aucune façon diminuer les risques à courir. Si nous les envisageons à ce point de vue, elles sont loin d'être même tout à fait innocentes. La première, en particulier, quoiqu'elle n'ait pas été expérimentée sur le vivant, paraît de nature à accroître notablement les risques et il est tout au moins douteux que les avantages en rachètent les inconvénients. La seconde, moins dangereuse *a priori*, me semble susceptible d'être appliquée non seulement à l'extirpation totale de l'utérus mais encore à la castration, à l'extirpation des tumeurs fibreuses de l'utérus et des kystes ovariens à court pédicule. Elle s'offre du moins avec toutes les apparences d'une ressource de quelque valeur. Puisque dans les essais sur le cadavre on a vu l'introduction d'un ballon rempli d'eau dans l'ampoule rectale élever l'utérus de 2 à 5 cent. et le rapprocher de 1 à 3 cent. de la paroi pelvienne antérieure, on est, non sans de fortes raisons, fondé à s'en servir sur le vivant.

Essayée dans un cas de castration par Alberts, elle lui a rendu d'excellents services au point de vue de l'opération. Il s'agissait d'une femme de 34 ans atteinte d'une ovarite et d'une salpyngite des deux côtés. Les ovaires et les trompes furent enlevées mais la mort survint

(1) En y comprenant un cas de Fritsh (*Centralblatt f. Gyn.*, 16 août 1879.

quarante-six heures après au milieu des symptômes d'épuisement. Pas traces de péritonite, légère atrophie du cœur, mais 180 grammes de sang provenant d'une ligature relâchée de la trompe gauche.

Loebker donne le compte rendu de 22 laparotomies effectuées à la clinique de Griefswald par le professeur Pernice. En voici une courte analyse.

Des 18 ovariotomies, 5 furent pratiquées sans recourir à la méthode de Lister et donnèrent 3 morts.

Des 13 autres, 12 furent terminées et furent toutes suivies de guérison, une seule restée incomplète par suite d'adhérence à l'intestin fut mortelle (septicémie).

La castration a été pratiquée deux fois, la première fois chez une nullipare âgée de 27 ans à raison de *vomissements hystériques incoercibles et de violentes douleurs abdominales*; un seul des ovaires fut extrait, néanmoins il y eut guérison. Il en fut de même dans le second quoiqu'un seul ovaire ait été enlevé et pourtant l'opération avait été motivée par une hémorrhagie profuse dépendant d'un fibrome utérin. Pour le dire en passant, c'est là un résultat surprenant.

Le cas d'*hydronéphrose* concerne une fille de 23 ans; on avait diagnostiqué un kyste, mais l'erreur ayant été vite reconnue on se borna à enlever un morceau de la grandeur des deux mains et le bord de l'ouverture faite fut réunie à la plaie abdominale par 50 sutures. Il y eut guérison mais il resta une fistule rénale. Quant à l'extirpation de l'utérus elle fut suivie de mort le septième jour. A. PUECH.

VARIETÉS

Éthérolé antiseptique de Pennès. — M. Pennès nous communique l'observation suivante avec prière de l'insérer :

« Au commencement des premières chaleurs de juillet, rapporte le Dr Henri Vincent d'Ay (Marne), un vigneron vient me trouver à midi; il a été piqué la veille par une mouche; *il dit ressentir dans tout l'avant-bras une tension douloureuse qui se propage jusqu'à l'aisselle*, et je constate en effet sur le dos de la main et sur le trajet des tendons extenseurs de l'annulaire un point noirâtre légèrement déprimé

« J'eus alors l'idée d'employer sans retard l'éthérolé antiseptique de M. Pennès qui se trouvait sous ma main pour une autre destination.

« Après avoir pratiqué une légère ouverture, ou plutôt dégagé ce point noirâtre, j'y versai quelques gouttes de cet antiseptique PUR, et je recommandai au malade de mouiller souvent un linge avec ce même liquide et d'en renouveler l'application sur la plaie. Je prescrivis en même temps des lotions sur tout le bras et l'avant-bras avec cette préparation étendue dans vingt fois son volume d'eau.

« Le lendemain tous les accidents graves avaient disparu, le gonflement existait à peine au niveau de la piqûre. — Le malade ne souffrait plus, — il n'avait plus de fièvre — il put reprendre ses travaux trois jours après et pourtant j'avais été effrayé de la violence des symptômes qu'il présentait lorsqu'il était venu me consulter. Pour moi, cette petite observation démontre l'excellente action de ce nouveau produit pharmaceutique et hygiénique, déjà expérimenté avec succès dans les hôpitaux de Paris, pour des cas bien différents. »

De notre côté nous avons souvent employé l'éthérolé antiseptique de Pennès mélangé à une certaine quantité d'eau dans le cas de lochies fétides et nous en avons obtenu très-rapidement de bons effets. A. L.

ERRATA. — Dans le mémoire de M. Laville publié dans notre dernier numéro il s'est glissé quelques erreurs typographiques que nous croyons devoir signaler.

Page 164, ligne 18, au lieu de : toute la sensibilité du pied *et toute* sa dépendance, lire : toute la sensibilité du pied *est sous* sa dépendance.

Même page, ligné 24, au lieu de : comme *ceux* de certaines paralysies survenues pendant le travail; lire : comme *cause* de certaines paralysies survenues pendant le travail.

Page 165, ligne 26, au lieu de : *paralysie*, lire : *paraplégie.*

Page 167, ligne 7, au lieu de : il anime les *membres* postérieurs de la cuisse, lire : il anime les *muscles* postérieurs de la cuisse.

Page 169, ligne 16, au lieu de : et la mort de la femme est aussi certaine que si elle eût reçu un coup *déjà* dans le ventre, lire : et la mort de la femme est aussi certaine que si elle eût reçu un coup *d'épée* dans le ventre.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE SUIVIE DE L'AMPUTATION UTÉRO OVARIQUE, OU OPÉRATION DE PORRO (*professeur à l'Université de Pavie.*)

Par le Dr Ad. Pinard.
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

L'opération césarienne dont l'origine se perd dans la nuit des temps, de telle façon qu'on ne sait à qui rapporter le mérite de cette hardie conception, pratiquée presque exclusivement sur la femme morte jusqu'au XVIe siècle, puis sur la femme vivante dans certains cas exceptionnels, à partir de cette époque jusqu'à nos jours, paraît entrer dans une ère nouvelle, grâce à la modification puissante que vient de lui faire subir le Dr Edouard Porro, professeur et directeur de la clinique obstétricale à l'Université de Pavie.

Avant d'exposer et d'étudier l'opération de Porro, avant d'en

faire connaître les résultats, il nous a paru intéressant de présenter à nos lecteurs, un aperçu rapide concernant l'historique de l'opération césarienne en tant qu'indications et que manuel opératoire.

De cette façon, il sera permis de voir par suite de quelles évolutions, les indications de l'opération césarienne ont successivement changé, le manuel opératoire a subi des transformations de plus en plus heureuses, et de se convaincre que si personne n'était arrivé au résultat qui a été atteint par le professeur de Pavie, les accoucheurs avaient cependant depuis le XVII[e] siècle, dirigé sans cesse leurs efforts vers ce but.

De l'opération césarienne post mortem.

Les auteurs sont à peu près unanimes à reconnaître que l'opération césarienne, jusqu'au XVI[e] siècle, n'était pratiquée qu'après la mort de la femme. Non-seulement cette opération était indiquée mais elle était ordonnée de par la loi.

La loi romaine, dite *lex regia*, qu'on rapporte à Numa Pompilius, ordonne aux médecins de pratiquer l'opération césarienne sur toutes les femmes qui meurent enceintes, *dans l'intention de conserver des citoyens à l'état.* Guillaume rapporte une loi des anciens, d'après laquelle: les jurisconsultes condamnent à mort, celuy qui aura ensevely la femme grosse deuant que de luy tirer son enfant, pour luy auoir osté (avec la mère) l'espérance de viure (1). « Telle section et extraction d'enfant, dit le même auteur, la mère estant morte, doit être observée et pratiquée en une république bien policée, afin de sauuer l'enfant et de lui donner le baptême. J'ai fait telle opération à quelques femmes fort heureusement, et entre autres à

(1) Guillemeau. *L'heureux accouchement*, p. 342. Œuvres de chirurgie. Rouen, 1649.

madame le Maire, accompagné de M. Philippes mon oncle : et à madame Pasquier, soudain après qu'elle fut décédée, présens M. Paré, et le curé de Saint-André-des-Arts. »

Pour fortifier cet ancien usage sans compromettre la vie des femmes qui pourraient n'être que dans un état de mort apparente, le sénat de Venise porta un décret en 1608 et 1721, qui punissait sévèrement les gens de l'art, dans le cas où ils n'auraient pas opéré avec le même soin que pendant la vie, le sujet étant supposé mort. En 1740, le roi de Sicile fit une autre loi par laquelle il infligeait la peine de mort aux médecins qui auraient omis de pratiquer l'opération césarienne aux femmes mortes dans les derniers mois de leur grossesse (1).

D'après ces quelques citations, il résulte que si Numa Pompilius, n'avait d'autre but en ordonnant l'opération césarienne *post mortem* que de conserver des citoyens à l'état, cette opération ne devait être pratiquée que dans les derniers mois de la grossesse, bien que cette dernière ne soit pas précisément indiquée dans la loi.

Plus tard l'église chrétienne qui à cause du baptême, avait un intérêt pressant à conserver cette loi (2) renouvela ces préceptes par plusieurs ordonnances ecclésiastiques ; dès lors le champ des indications devint plus large et s'étendit à toutes les périodes de la grossesse même vingt jours après la conception, d'après Fr. Cangiamila. Si quelques états modernes d'après Jacquemier (3), ont introduit dans leurs codes une loi ordonnant aux médecins de pratiquer l'opération césarienne *post mortem*, il n'en est pas moins vrai que dans beaucoup d'autres et en particulier en France, il n'existe rien de semblable. Aussi les accoucheurs agissent-ils en face d'une femme morte pendant les deux derniers mois de la grossesse d'après leur science et leur conscience, mais toujours à leurs risques

(1) Velpeau. *Traité complet de l'art des accouchements*, 1835, t. II, p. 453.

(2) Schröder. *Manuel d'accouchements*, traduit par le Dr Charpentier. Paris, 1875, p. 426.

(3) Jacquemier. *Manuel d'accouchements*. Paris, 1846, t. II, p. 497.

et périls. Nous disons dans les deux derniers mois de la grossesse, car nous ne pensons pas qu'il vienne à l'esprit d'aucun praticien de pratiquer cette e opération afin d'extraire un fœtus non viable et dans le seul but de lui administrer le baptême. Si la famille réclamait ce ministère de la part de l'accoucheur, il n'aurait qu'à suivre le moyen conseillé par Mauriceau (1).

Cette question écartée, examinons la situation du médecin qui se trouve en face d'une femme enceinte de plus de sept mois, agonisante ou morte. Quel devra être son but ? d'extraire un fœtus vivant. Mais si le but est simple, combien les moyens d'y parvenir sont compliqués et périlleux !

D'abord à quels signes reconnaître certainement que la femme est agonisante ou morte ? Tout le monde sait que c'est seulement en observant un ensemble de symptômes qu'on arrive à diagnostiquer la mort probable, et que si l'on était obligé d'attendre l'apparition des signes certains, depuis longtemps le fœtus aurait cessé de vivre. Attendra-t-on alors la dernière inspiration ou la dernière pulsation cardiaque ? Mais qui peut dire que cette pulsation est la dernière ? Qui peut affirmer que la cage thoracique vient de ce soulever pour la dernière fois ?

N'est-ce qu'un état syncopal ou le silence solennel définitif? Alors on attend et chaque minute écoulée est une chance de moins pour le fœtus. Tous ceux qui ont pratiqué des opérations césariennes *post mortem* ont dû se poser ces questions et passer par des transes cruelles, poussés qu'ils devaient être par le désir de sauver l'enfant, retenus par la crainte de pratiquer une opération aussi meurtrière sur un organisme vivant n'ayant du cadavre que l'apparence. Nous n'oublierons jamais pour notre part, les sensations pénibles que nous avons éprouvées, alors que nous étions interne à la Maternité, en passant la nuit, le couteau à la main, près d'une femme enceinte de 8 mois, ayant une tumeur cérébrale et dont cette dernière nuit ne fut

(1) Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*. Troisième édition. Paris, 1681, liv. II, p. 346.

qu'un long spasme. Malgré des convulsions incessantes, le fœtus continuait à vivre et dès le dernier hoquet, bien que nous eussions constaté l'absence de la respiration et l'arrêt de la circulation, bien que la présence de noe chefs en assurant notre dagnostic vint dégager en tout ou partie notre responsabilité, il n'en est pas moins vrai, que l'instant où nous pratiquâmes la section abdominale nous fut extrêmement pénible. Aussi nous nous demandons ce que doit être la situation d'un médecin seul aux prises avec les difficultés d'une pareille situation ! Subira-t-il les influences de son entourage ? mais qui sait les mobiles qui peuvent faire agir les parents ? Est-ce que les uns n'auront pas intérêt à la naissance d'un enfant vivant, tandis que les autres verront par ce fait toutes leurs espérances s'évanouir ! Ceci est épouvatable monstrueux ! nous dira-t-on, nous sommes de cet avis, mais hélas ! il faut le reconnaître, ces faits s'observent. Et si le médecin n'agit que d'après sa conscience guidé par sa science, ne peut-il pas être poursuivi et condamné par les tribunaux sous l'inculpation d'homicide involontaire ? Bien des tribunaux dit Tardieu (1) se rencontreraient pour faire repentir le médecin de son intervention et de sa résistance consciencieuse aux vœux intéressés ou seulement irréfléchis, d'un mari ou d'une famille! »

Ce sont toutes ces raisons qu'on trouvera exposées, développées et fort bien discutées dans l'intéressant mémoire que vient de faire paraître le Dr Thévenot (2), dont nos lecteurs ont certainement gardé le souvenir (3), qui font qu'aujourd'hui l'opération césarienne *post mortem* est battue en brèche, et que les hommes les plus autorisés conseillent d'avoir recours à la méthode préconisée par Rizzoli et qui consiste à extraire le fœtus par les voies naturelles quand la femme est agonisante ou morte.

---

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1860-61.

(2) Thévenot. *De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne post mortem.*

(3) Voir *Ann. de Gyn.*, numéros d'octobre, novembre et décembre 1878.

En résumé, l'opération césarienne *post mortem* a subi les phases suivantes.

Première phase. — Elle est indiquée, ordonnée et pratiquée dans le but d'extraire des enfants vivants. L'indication se trouvant par cela même restreinte aux derniers mois de la grossesse. Période ancienne ou romaine.

Deuxième phase. — Après l'avènement du christianisme elle est indiquée dans tous les cas où une femme enceinte meurt, quel que soit l'âge de la grossesse, car le but n'était pas seulement d'obtenir des enfants vivants, mais encore de leur administrer le baptême (période du moyen âge).

Troisième phase. — Depuis Guillemeau jusqu'en 1861 on ne pratique l'opération césarienne *post mortem* que dans les cas où on a l'espoir d'obtenir un fœtus viable. (Période moderne).

Quatrième phase. — Depuis 1861, en raison des difficultés que nous avons énumérées, et dont la principale est de faire le diagnostic de la mort certaine, malgré les succès obtenus (1) l'opération césarienne *post mortem* vivement et logiquement attaquée paraît céder la place à l'accouchement artificiel par les voies naturelles. (Période contemporaine).

De l'opération césarienne pratiquée sur la femme vivante.

Indications. — Que l'opération césarienne ait été pratiquée pour la première fois sur la femme vivante par le châtreur Nufer ou par le chirurgien de Wittemberg Trauttmann, ce qui du reste n'est rien moins que prouvé, il est certain que les indica-

(1) Voyez : 1° Devilliers. Th. inaug., 1838; 2° Angot. Th. inaug., 1862; 3° Puech; 4° Édouard Duer. *Post mortem delivery, in the Amer. Journal of bstetrics*, janvier 1879.

tions de cette opération ne furent pas posées et formulées d'une façon scientifique avant la fin du dix-septième siècle.

En effet, le mémoire de Rousset (Franc-Rousseti medici Galli ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΚΙΑ, seu de Partu Cœsareo Tractatus) publié à Paris en 1581, ne contient que des observations dont l'authenticité est contestable d'une part et qui, d'autre part, se rapportent vraisemblablement à des opérations pratiquées pour des cas de grossesse extra-utérine ; la distinction entre la grossesse utérine et la grossesse extra-utérine n'étant pas alors encore établie.

Cependant l'attention des chirurgiens accoucheurs de cette époque avait été attirée sur ce point de telle façon que quelques-uns tentèrent de pratiquer cette opération, mais tout d'abord les résultats furent tels que ceux-là mêmes qui l'avaient pratiquée en devinrent les adversaires acharnés.

« Aucuns tiennent, dit Guillemeau (1), que telle section césarienne se peut et doit pratiquer (la femme étant vivante) en un facheux accouchement : ce que je ne puis conseiller de faire pour l'avoir expérimenté par deux fois, en la présence de M. Paré, et vu pratiquer à messieurs Viart, Brunet, Charbonnet, chirurgiens fort experts, et sans avoir rien omis à la faire dextrement et méthodiquement. Toutes fois de cinq femmes, auxquelles telle opération a été faite, il n'en est réchappé aucune. Je sais que l'on peut mettre en avant qu'il y en a qui ont été sauvées ; mais quand cela serait arrivé, il le faut plutôt admirer que pratiquer ou imiter : D'une seule arondelle, on ne peut iuger le printemps, n'y d'une seule expérience l'on ne peut faire une science.

Après que M. Paré nous l'eut fait expérimenter, et voyant que le succès en était malheureux, il s'est désisté et rétracté de cette opération, ensemble tout notre collège de chirurgiens jurés de Paris et la plus saine partie des docteurs régens en la Faculté de médecine de Paris. »

Ces quelques lignes, émanant de l'accoucheur le plus célèbre

(2) Guillemeau. Œuvres complètes de chirurgie. Rouen, 1649.

de ce temps, montrent admirablement où en était la question. La situation ne s'était guère modifiée à l'époque de Mauriceau, car cet auteur dit : « Lorsque la femme grosse est effectivement en travail, il arrive très rarement que le chirurgien expert ne puisse pas faire l'extraction, mort ou vif, entier ou par pièces ; en un mot, qu'il n'en vienne à bout s'il s'y comporte, selon que la chose le requiert... sans qu'il soit nécessaire, que par un trop grand excès d'inhumanité, de cruauté et de barbarie, il en vienne à la section césarienne pendant que la mère est vivante, comme quelques auteurs par trop téméraires ont ordonné et quelquefois eux-mêmes pratiqué; ce que plusieurs ignorants font encore tous les jours à la campagne, par un pernicieux abus que tous les magistrats devraient empêcher (1). »

Philippe Peu n'est pas plus enthousiaste, car il s'exprime de la façon suivante : « Mon sentiment est de ne point hasarder l'opération césarienne sur une femme encore vivante. Je ne l'ai point faite, je n'ai pas envie de commencer. Fraie le chemin qui voudra, je n'y veux marcher que sur les pas d'un autre qui en soit honorablement sorti (2). »

Ce n'est que vers la seconde moitié du dix-huitième siècle que l'opération césarienne fut acceptée comme une opération ne tuant pas fatalement, et fut pratiquée par la plupart des chirurgiens grâce à Simon (3), mais surtout à Levret, qui, le premier, discuta scientifiquement les mérites et les dangers de cette opération et posa des lignes indicatrices vagues, cela est vrai, mais tout au moins rationnelles, et, de plus, montra l'exagération dans laquelle étaient tombés les émules de Rousset en pratiquant l'opération sur des femmes qui « ont eu des enfants par les voies naturelles, soit avant soit après l'opéra-

---

(1) Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*, p. 342. Paris, 1681, 3e édit.

(2) Peu. *Pratique des accouchements*, p. 336. Paris, 1694.

(3) Simon. *Recherches sur l'opération césarienne. Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I et IV, 1743.

tion (1) » ou dans des cas où « les enfants présentaient un bras, le derrière, etc. » « De tous les cas, dit-il, où il convient de faire ce qu'on est dans l'usage de nommer l'opération césarienne, je n'en vois que deux qui soient absolument déterminants. Le plus rare de ces deux cas est celui où l'enfant se serait formé hors de la matrice et se trouverait renfermé dans le ventre, et où il serait parvenu jusqu'à son terme parfait sans avoir perdu la vie, ou bien qu'étant mort, il menaçât la mère d'un pareil sort. . . . .

Le second cas, et qui est le moins rare quoique heureusement assez peu commun, est celui où il y a une si grande difformité dans les os du bassin de la mère, qu'il est physiquement démontré qu'un enfant à terme ne peut pas passer par ce détroit. Voilà donc *le cas unique où l'on ne doit pas balancer de faire l'opération césarienne, si on ne veut pas compromettre ses lumières et sa probité* » (2).

Que de vérités en quelques mots et comme on reconnaît bien là la rectitude du jugement de l'homme à qui l'obstétrique est redevable de tant de découvertes ! Nous rencontrons également, il est vrai, le même bon sens dans les lignes ci-dessous et qui ont été écrites par son émule Smellie (3) : « Lorsqu'on ne peut venir à bout de délivrer une femme par aucun des moyens que nous avons décrits et recommandés ci-dessus en parlant des accouchements laborieux et contre nature, soit à cause de la mauvaise conformation du bassin, dans lequel il est quelquefois impossible d'introduire la main, soit à cause de quelque sarcôme considérable ou de quelque engorgement dans les glandes, qui remplit le vagin, et qu'on ne peut détruire ; ou bien encore à cause de quelque grande cicatrice ou de quelques adhérences dans ces parties et à l'orifice de la matrice, que l'on ne peut

(1) Levret. *Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*. Paris, 1770, p. 420, 4e éd.

(2) Levret. *Loc. cit.*, p. 424 et 428.

(3) Smellie. *Traité de la théorie et de la pratique des accouchements*. Trad de Préville. Paris, 1754, t. I, p. 398.

séparer; dans de pareilles extrémités, si la femme est forte et d'un bon tempérament, on peut certainement prescrire l'opération césarienne, on doit même l'entreprendre parce qu'il n'y a pas d'autre moyen pour sauver la mère et l'enfant et qu'il vaut mieux recourir à une opération qui a quelquefois réussi que de les abandonner l'un et l'autre à une mort certaine; cependant lorsque la femme est faible, qu'elle est épuisée par un travail infructueux, par quelques pertes violentes ou par toute autre évacuation qui donne lieu de douter qu'elle y puisse survivre, quand même on pourrait la délivrer par les voies naturelles; dans tous les cas, il y aurait de la témérité à entreprendre une opération de cette nature qu'il vaut mieux ou plutôt que l'on doit différer jusqu'à ce que la femme soit expirée, après quoi, l'on y procède tout de suite, dans l'espérance de sauver l'enfant.»

Ce furent ces principes formulés par les deux grands accoucheurs français et anglais, et vulgarisés plus tard par Stein (1), l'aîné en Allemagne, qui guidèrent les praticiens pendant quelques années. Baudelocque admet comme indication, outre l'angustie pelvienne, certaines anomalies des parties molles. De plus, il précise le degré du rétrécissement, et admet qu'au dessous de 67 millimètres l'opération césarienne est indiquée (2).

Mais bientôt une nouvelle operation qui fit considérer d'abord son auteur comme un fou, au moment où il la proposa (1768), puis comme un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité quand, pratiquée pour la première fois, elle donna un succès complet pour la mère et pour l'enfant (1777) vint battre en brèche l'opération césarienne, en restreignant ces indications, nous voulons parler de la symphyseotomie ou pubiotomie.

Hâtons-nous de dire que la lutte passionnée qui s'établit entre les césariens et les symphysiens ne dura que peu de temps, (heureusement pour les femmes!) et qu'aujourd'hui de l'opération de Sigaut, malgré le si long plaidoyer de Gardien (3) en sa

(1) G. G. Stein. *Kleine Schriften*. Marburg, 1798, p. 205.

(2) Baudelocque. *Art des accouchements*, 1815, §§ 2147 et 2007.

(3) Gardien. *Traité complet d'accouchements*, 1816, t. III, p. 58 et suiv.

faveur, malgré la modification probablement fort ingénieuse qu'y avait apportée M. Stoltz, il ne reste que la médaille que la Faculté avait fait frapper en l'honneur de son inventeur.

Cette lutte était à peine terminée quand l'opération césarienne rencontra deux nouvelles rivales bien autrement puissantes dans l'accouchement prématuré et l'avortement provoqué d'une part, et dans la *céphaloptrisie* d'autre part. A partir du moment ou Baudelocque neveu décrivit son instrument (1829) et surtout où Cazeaux et Charrière le modifièrent, les cas dans lesquels l'extraction de l'enfant était impossible devinrent de plus en plus rares et par cela même les cas dans lesquels il était indiqué de pratiquer l'opération césarienne. Cette découverte produisit une véritable révolution, car si, comme le fait justement remarquer le professeur Pajot (1) « on avait jusqu'à elle ouvert et dépécé la tête, on ne l'avait pas broyée sur place. » Dès lors les deux questions suivantes : *Dans quels cas convient-il de pratiquer la céphalotripsie? Dans quels cas convient-il de pratiquer l'opération césarienne?* deviennent le sujet de débats contradictoires et de discussions passionnées et retentissantes.

Les quelques citations qui suivent montreront l'opinion des maîtres les plus autorisés.

Le professeur Dubois, dans sa thèse de concours pour la chaire de clinique d'accouchement (1854) (2), pose d'abord cette question : Que convient-il de faire lorsque, le bassin étant déformé au point de n'offrir qu'un passage de 67 millimètres de diamètre au plus, le travail est commencé, les membranes intactes ou récemment rompues, et lorsque aucune tentative d'extraction n'ayant été faite encore, le fœtus est vivant suivant toutes les probabilités? (3) et ajoute : « La réponse à cette question est

---

(1) Pajot. Art. *Céphalotripsie*. In *Dict. des sciences médicales*, t. XIV, 1re série.

(2) Paul Dubois. *Que convient-il de faire dans les différents cas de rétrécissements du bassin*. Th. de concours, 1834, p. 71.

(3) Il est facile de voir par ces derniers mots qu'à cette époque, le professeur Dubois n'était pas encore familiarisé avec l'auscultation obstétricale.

toute simple et en quelque sorte obligée : *L'opération césarienne est la seule nécessaire et il convient d'y recourir.*

Si l'enfant est mort, Dubois conseille la perforation du crâne et son évacuation suivie de tractions exercées au moyen d'une forte pince ou d'une sorte de forceps disposé pour ce cas particulier. (Le céphalotribe n'avait pas encore fait ses preuves.)

Au-dessous de 54 millimètres, que l'enfant soit mort ou vivant, il faut pratiquer l'opération césarienne.

Jacquemier formule à peu près les mêmes préceptes.

Dans une lettre restée célèbre (1), adressée au rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, en réponse au Dr Finizio, de Naples, qui, ayant dans son service quatre femmes enceintes de 4 à 6 mois dont les bassins étaient rétrécis au point de ne mesurer que de 5 à 7 centimètres au niveau du diamètre antéro-postérieur sous-pubien, demandait quelle conduite il devait tenir, le professeur Pajot s'exprime ainsi :

Au dessous de 6 centimètres, l'avortement me paraît la seule opération proposable. Bien peu d'accoucheurs en France aujourd'hui sont d'une opinion différente. A terme, avec un rétrécissement au-dessous de 6 centimètres, je pratique la céphalotripsie d'après ma méthode (2), c'est-à-dire que je commence l'opération dès que l'orifice est assez dilaté. Je répète la céphalotripsie autant qu'il est nécessaire, *sans jamais tuer*.

Quant à l'opération césarienne (enfance de l'art) il faut la réserver pour les cas où le céphalotribe ne peut plus passer..... »

Le Pr Depaul dit « Quand le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal a au plus 4 centimètres, ou se trouve au-dessous de cette mesure, aucune tergiversation ne me paraît possible. Le seul moyen de délivrer la femme réside dans l'opération césarienne.....

Mais, si le bassin un peu moins rétréci mesure entre 4 et 6 centimètres, je crois qu'avant de prendre un parti il faut se poser la question suivante : L'enfant est-il mort ou vivant ?

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux* du 24 juillet 1862, n° 86.

(2) Pajot. *De la céphalotripsie répétée sans traction*. Paris, 1863.

Dans la première supposition je me résoudrai difficilement à pratiquer l'opération césarienne, et, malgré les difficultés et les dangers réels de l'embryotomie, c'est à elle que je donnerai la préférence. Dans la seconde, soutenu par la presque certitude d'extraire un enfant vivant et viable, je me croirai autorisé à soumettre la femme à l'opération césarienne (1). »

Tarnier (2) pose les indications suivantes : « Il faut pratiquer l'embryotomie et non l'opération césarienne, toutes les fois que le bassin est assez large pour permettre l'introduction du céphalotribe. Malgré l'autorité de M. P. Dubois, nous pensons qu'on doit avoir recours au céphalotribe, non seulement dans les bassins de 54 millimètres, mais encore dans les bassins de 5 centimètres seulement. Au-dessous de 5 centimètres, l'extraction d'un fœtus mutilé est tellement difficile, longue et pénible, qu'en tuant nécessairement le fœtus on expose la mère à des dangers très grands. A ce degré on peut donc hésiter entre l'opération césarienne et l'embryotomie. »

Le chirurgien en chef de la Maternité de Paris émet la même opinion dans le texte de l'Atlas de Lenoir, Sée et Tarnier (3).

M. Stoltz repousse l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant, ainsi que l'avortement provoqué dans le cas d'angustie pelvienne (4).

Je pense, dit M. Guéniot (5), que la limite supérieure à laquelle l'opération césarienne est nécessairement et impérieusement recommandée doit être fixée, dans l'état présent de nos anciennes connaissances, à 40 millimètres. Mais pratiquement,

(1) Depaul. Art. *Bassin*. In *Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. VIII, 1re série, p. 519.

(2) Voyez Cazeaux. *Traité de l'art des accouchements*, 8e édit., revue et annotée par Tarnier, 1870, p. 1064.

(3) *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*, par Lenoir, Sée et Tarnier, 1865, p. 273.

(4) Aubenas in *Traité de l'art des Accouchements de Nægelé et Greuser*, traduction 1869, p. 329.

(5) Guéniot. *Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne*. Th. de concours, 1866, p. 75.

cette limite me semble impossible à représenter par un chiffre inflexible.

Parmi les auteurs allemands :

Scanzoni (1) conseille de pratiquer l'opération césarienne : « I° quand le bassin est rétréci au point de ne pouvoir livrer passage au fœtus mort ou vivant. C'est-à-dire lorsque le plus court diamètre du bassin aura moins de 68 millimètres. Tous les auteurs allemands sont d'accord sur ce point, dit-il, et sont unanimes à conseiller l'opération césarienne dans ces cas.

2° Quand l'enfant étant à terme, vivant, et le bassin ayant de 68 à 80 millimètres, si l'enfant est mort il faut pratiquer la céphalotripsie.

Naegele et Grenser (2) admettent deux indications, l'une absolue, l'autre relative. L'indication est absolue quand le bassin mesure 54 millimètres et moins, que le fœtus soit vivant ou mort. Cependant ces auteurs reconnaissent qu'exceptionnellement il est possible de procéder à la perforation et à l'embryotomie du fœtus mort, dans les cas où le bassin mesure moins de 54 millimètres, et ils citent Michaelis qui aurait pratiqué avec succès la perforation pour des rétrécissements de 47 millimètres.

L'indication est relative ou conditionnelle « quand le bassin est assez étroit pour ne laisser passer un fœtus à terme et de dimensions ordinaires que lorsque le volume de ce dernier a été préalablement réduit. Mais il faut, avant de pratiquer l'opération, que l'accoucheur soit convaincu de la vie (et autant que cela est possible à l'avance) de la viabilité, de la conformation normale du fœtus, et que la mère ait consenti à se laisser opérer.

Les indications données par Schröder (3) sont assez peu précises. L'opération césarienne, dit-il est indiquée :

---

(1) Scanzoni. *Précis de l'art des accouchements*. Traduction Picard. Paris, 1859, p. 372.

(2) Nægelé et Grenser. *Loc. cit.*, p. 326 et 327.

(3) Carl Schröder. *Manuel d'accouchements*. Traduction Charpentier. Paris, 1875, p. 334.

1° Si l'accouchement par les voies naturelles, que l'enfant soit ou non vivant, est impraticable, ou lorsqu'il en trouvera tout au moins pour la mère des dangers encore plus grands que ceux auxquels l'exposera l'opération césarienne.

2° Si l'enfant étant vivant, l'accouchement par les voies naturelles ne peut se faire qu'en sacrifiant la vie du fœtus et si la mère désire qu'on fasse l'opération.

Nous devons cependant faire remarquer que Schröder insiste sur l'indication de l'opération césarienne, dans les cas de dégénérescence cancéreuse des parties molles.

Quant aux auteurs anglais, ils sont unanimes dans leurs appréciations. Robert Barnes (1) s'exprime ainsi : L'opération césarienne occupe une place douteuse entre l'obstétrique conservatrice et l'obstrique sacrificatrice ; elle est conservatrice dans son but, mais elle est trop souvent mortelle. On y a recours quand on désespère de la mère et qu'on n'a qu'un bien petit espoir de sauver l'enfant. La plupart des accoucheurs la regardent comme une ressource désespérée, comme un exemple de ces opérations que John Hunter considère comme l'opprobre de la chirurgie puisqu'elles sont un aveu d'impuissance. D'un autre côté quelques praticiens enthousiastes, éblouis par son faux éclat, la regardent comme digne d'être l'émule de la version, de la craniatomie et de la céphalotripsie.....

L'opération doit être considérée sous deux aspects différents : 1° Comme opération *nécessaire*, comme étant le *seul* moyen d'accoucher.

2° Comme opération d'élection choisie comme le meilleur moyen d'accoucher.

Je répète avec toute l'assurance donnée par l'expérience que l'accouchement par les voies naturelles, soit avec le céphalotribe, la pince à craniotomie, ou ma nouvelle méthode d'embryotomie, est praticable dans un bassin de 38 millimètres avec un espoir de conserver la mère beaucoup plus grand que celui

(1) Robert Barnes. *Leçons sur les opérations obstétricales*. Traduction par le Dr Cordes. Paris, 1873, p. 296 et suiv.

laissé par l'opération césarienne. Je suis certain qu'on peut dire de même pour un bassin dont le diamètre conjugué est réduit à 31 millimètres et même 25 millimètres. » Les accoucheurs, dit Playfair (1), ont assigné à l'opération des limites diverses. La plupart des auteurs anglais sont d'avis qu'on ne doit pas y avoir recours, si le plus petit diamètre du bassin dépasse 38 millimètres. Nous avons déjà soulevé cette question à propos de la craniotomie et on a vu qu'un fœtus mutilé pouvait être entraîné à travers un bassin qui aurait seulement 38 millimètres de diamètre antéro-postérieur, pourvu que le diamètre transverse ait 7 centimètres et demi.

En Angleterre où nous considérons la vie de l'enfant comme beaucoup moins précieuse que celle de la mère, nous ne pouvons fixer une limite pour l'opération lorsque l'enfant est vivant, et une autre, lorsqu'il est mort. »

Mais les auteurs belges se plaçant à des points de vue différents émettent entre eux des opinions absolument contraires.

« La gastro-hystérotomie d'après Hyernaux (2) ne doit être pratiquée que dans les cas où, pour une cause quelconque, la filière par laquelle le fœtus doit passer est tellement étroite que l'accouchement par les moyens ordinaires et même par l'embryotomie, est matériellement impossible. Elle sera donc la seule et unique ressource lorsqu'il y aura un rétrécissement inférieur à 4 centimètres, que le fœtus soit mort ou vivant. Si nous assignons ces limites, ce n'est pas que l'embryotomie soit impraticable plus bas, mais c'est parce que les manœuvres auxquelles on devrait se livrer pour dégager le tronc par une ouverture seraient plus pénibles et aussi dangereuses peut-être que la section césarienne. »

Enfin, voici l'opinion de Hubert père (3) et de Eug. Hubert

---

(1) Playfair. *Traité de l'art des accouchements*. Traduit par le Dr Verneuil Paris, 1879, p. 699.

(2) Hyernaux. *Traité de l'art des accouchements*. Bruxelles, 1866, p. 921.

(3) L.-J. Hubert. *Cours d'accouchements*. Louvain, 1868, t. II, p. 124 et suivantes.

fils (1) touchant les indications de l'opération césarienne :

Après avoir rappelé différentes indications admises par tous les auteurs, ils arrivent à l'indication fournie par les cas de vice extrême du bassin. Ici nous citons textuellement :

« Il faut ici distinguer si l'enfant est vivant ou mort.

a. Si l'enfant est mort il faut recourir à l'embryotomie toutes les fois qu'elle est insuffisante parcequ'elle est moins meurtrière pour la mère que l'hystérotomie. Par son procédé de transforation, mon père a élargi les limites de l'embryotomie et reculé d'autant celles de l'opération césarienne. Mais, jusqu'où ? nous ne pourrions encore le préciser.

Dans certains cas extrêmes, nous nous demanderions si la transforation précédée de la symphynotomie, n'est pas encore préférable à l'hystéro-gastrotomie.

b. Si l'enfant vit et qu'il ne puisse être extrait par le forceps ou le levier, les Anglais, et aujourd'hui la plupart, il faut bien le dire, des accoucheurs allemands, français et belges, veulent qu'on le mette en pièces sans tarder, et pour eux l'opération césarienne doit être proscrite toutes les fois que l'embryotomie est praticable.

Nous nions qu'on ait le droit de mettre à mort un être humain, innocent, pour éviter un danger, ce danger fut-il celui de l'opération césarienne.....

En principe, l'opération césarienne est indiquée d'après nous, chaque fois que l'enfant vivant et à terme se trouve en présence d'un rétrécissement de moins de 70 millimètres. La femme refuse-t-elle absolument la seule opération qui puisse sauver son enfant, il n'y a pour le médecin *chrétien* qu'un parti à prendre : baptiser l'enfant et attendre qu'il soit mort pour le mettre en pièces. Le résultat final est le même, nous dit-on, et par l'expectation nous nous exposons à voir des accidents survenir du côté de la femme. Cela est vrai, mais c'est celle-ci qui le veut, et; quoi qu'on dise, quand elle n'est pas *tenue de sauver* et quand

(1) Eugène Hubert. *Cours d'accouchements.* Louvain, 1878, t. II, p. 157 et suivantes.

l'accoucheur ne *peut pas sauver légitimement*, *laisser mourir* ou *tuer directement* seront toujours deux choses distinctes, en français, en logique et en morale. »

En résumé, l'opération césarienne, au point de vue de ses indications a déjà traversé trois phases ou périodes principales. La première, commençant avec le XVI[e] siècle et s'étendant jusqu'à l'apparition du mémoire de Simon. « Elle est essentiellement caractérisée, dit M. Guéniot, par la rareté et le peu d'authenticité des succès annoncés ; par l'opposition et l'incrédulité que ceux-ci rencontrèrent parmi les plus célèbres chirurgiens du temps ; enfin par l'espèce de proscription dont elle fut généralement l'objet (1). »

La deuxième s'étend d'un milieu du XVIII[e] siècle avec Simon et Levret, à la naissance de la symphyseotomie, mais surtout de la céphalotripsie, de la céphalotomie. Pendant ce laps de temps elle règne en maîtresse dans tous les cas où la conformation des parties dures ou molles du bassin rendait l'accouchement impossible.

Elle est admise comme opération de nécessité, car l'usage des crochets servant à morceler le fœtus était reconnu comme plus dangereux que l'opération césarienne.

Aussi voit-on déjà pendant cette courte période les chirurgiens accoucheurs s'efforcer de rendre la gastro-hystérotomie moins meurtrière, en modifiant les précautions préliminaires, le manuel opératoire et les soins consécutifs.

La troisième, commençant avec la naissance de la symphyseotomie mais s'affirmant définitivement avec la céphalotripsie, l'accouchement et l'avortement provoqués.

C'est bien la période de lutte constante, acharnée, passionnée si l'on veut, mais en définitive fructueuse et progressive, car si les césariens, les uns, entièrement de bonne foi, les autres guidés par des principes d'ordre non scientifique, se sont plu à attaquer, à blâmer, à proscrire l'embryotomie, ils ont du moins essayé de modifier, de perfectionner l'opération césarienne,

---

(1) Guéniot. *Loc, cit.*

afin de diminuer la léthalité de cette redoutable opération. Et d'un autre côté les embryotomistes n'ont rien négligé pour rendre le passage du fœtus, broyé, scié, transforé ou non à terme, plus facile à travers la filière pelvienne rétrécie. Baudelocque neveu aurait quelque peine à reconnaître sa paternité en contemplant les céphalotribes de Blot, de Bailly, et surtout le dernier né de Tarnier ! C'est guïdé par le même mobile que Van Huevel dote l'obstétrique de son forceps scie qui donne entre les mains des accoucheurs belges de si beaux résultats (1) que Guyon conçoit et pratique la céphalotripsie par trépanation de la base du crâne, que Braun réunit dans un seul instrument les principes du cranioclaste de Simpson et du céphalotribe de Baudelocque.

Non seulement les instruments sont perfectionnés, mais le manuel opératoire lui-même subit une évolution progressive, depuis Hersent montrant les avantages de la craniotomie précédant la céphalotripsie, jusqu'au professeur Pajot démontrant ceux de la céphalotripsie répétée sans traction.

Du manuel opératoire de l'opération césarienne.

Tous les procédés opératoires employés jusqu'à présent peuvent se rapporter à deux méthodes :

Dans la première on incise la paroi abdominale et la paroi utérine ; dans la seconde on incise la paroi abdominale seulement, sans léser le péritoine, pour arriver jusqu'au niveau de l'orifice utérin.

A. *Première méthode ou opération césarienne proprement dite.* — Quels que soient les procédés employés on peut considérer quatre temps à l'opération.

---

(1) Voyez Hyernaux, le forceps scie, son origine et ses faits, in *compte-rendu du Congrès périodique international des sciences médicales*. Bruxelles, Paris 1876, p. 360.

Premier temps. — Incision de la ligne abdominale.

Deuxième temps. — Incision de la paroi utérine.

Troisième temps. — Ponction, déchirure ou incision des enveloppes fœtales. — Extraction du fœtus et extraction du placenta et des membranes.

Quatrième temps.—Toilette seule, ou toilette et suture de l'utérus, et suture de la paroi abdominale.

Nous nous occuperons presque exclusivement des modifications subies par le 1er le 2e et le 4e temps, car le 3e est en somme peu important et a été peu modifié.

a. Incision de la paroi abdominale. — Les anciens auteurs recommandaient de pratiquer l'incision sur le côté gauche du ventre « qui est plus libre à cause du foye qui est au côté droit. » Il faut d'abord, disent Rousset et Ruléau, marquer avec de l'encre au côté droit l'abdomen le lieu qu'on doit inciser qui est entre le nombril et le flanc, un peu obliquement jusqu'à trois doigts de l'aine tirant un peu vers le pénil et cotoyant le muscle droit qu'il faut éviter en suivant la rectitude de ses fibres. Mauriceau (1) recommande au contraire de pratiquer l'ouverture « justement au milieu du ventre, entre les muscles droits; car, en cet endroit, il n'y a que les téguments et la ligne blanche à couper. » Voici du reste comment il expose le manuel opératoire. « Le chirurgien ayant mis la femme morte en une situation où son ventre soit un peu éminent, prendra un fort et bon scalpelle (et non un rasoir comme le voulaient ses prédécesseurs) avec lequel il fera au plus vite et tout d'un coup, ou à deux ou trois fois tout au plus, une incision au milieu du ventre entre les deux muscles droits jusques au péritoine, de la longueur et étendue de la matrice, ou environ, après quoy il le percera simplement avec la pointe de son instrument, pour y faire une ouverture à y mettre un ou deux doigts de sa main gauche, dans laquelle il les introduira aussitôt pour l'inciser en

(1) Mauriceau. *Loc. cit.*, p. 350 et 361.

le soulevant avec eux et conduisant l'instrument de peur qu'il ne pique les intestins (1).

Levret recommande l'incision latérale: « il faut d'abord se représenter une ligne qui serait tirée un peu obliquement de devant en arrière, et qui partirait de l'extrémité antérieure de la lèvre supérieure de l'os des îles, pour se rendre à la jonction de la dernière des vraies côtes avec son cartilage et saisir l'entre deux de cette ligne et de la ligne blanche (2). »

Deleurye, dans son traité publié en 1770, tout en reconnaissant qu'il est quelquefois nécessaire de pratiquer l'incision à droite, conseille de la pratiquer généralement à gauche (3). Plus tard en 1778, il conseille l'incision sur la ligne médiane, et s'en attribue l'idée première, mais bien à tort.

Smellie (4) conseille de marquer la place de l'incision en tirant une ligne d'environ six à sept pouces de long, dans l'espace qui se trouve entre le nombril et l'os des îles, à commencer depuis l'ombilic jusque vers l'aine gauche.

Mais Lauverjat (5), recommande de faire sur l'un des côtés de l'abdomen une incision transversale de cinq pouces de long; on la pratique de préférence sur le côté où la matrice s'est inclinée, on incise plus ou moins haut selon l'élévation de l'utérus.

L'incision transversale avait été recommandée déjà par Duncker et pratiquée avec succès par plusieurs chirurgiens français, ainsi que le reconnaît Lauverjat (p. 198, et suiv.).

Stein (6) le jeune, conseille de pratiquer une incision partant

---

(1) C'est donc Mauriceau qui le premier décrivit ce procédé et non Deleurye comme le veulent certains auteurs. On peut s'étonner que Mauriceau qui se déclare l'adversaire de l'opération césarienne ait décrit un procédé pour pratiquer cette opération, mais nous ferons remarquer que cet auteur décrit ce procédé comme devant être mis en pratique sur la femme morte.

(2) Levret. *Loc. cit.*, p. 436 et 437.

(3) Deleurye. *Traité des accouchements*, 1770, p. 273 et 274.

(4) Smellie. *Loc. cit.*, p. 400.

(5) Lauverjat. *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*. Paris, 1788.

(6) Stein. *Geburtsh Abhandl*, 1803, in-8, p. 125.

de la branche horizontale du pubis d'un côté à travers la ligne blanche, jusqu'à l'extrémité de la dernière fausse côté du côté opposé ; le milieu de l'incision correspondant à la ligne blanche.

Baudelocque recommande le procédé de Mauriceau.

Gardien qui est très éclectique dit cependant qu'on doit pratiquer l'incision de préférence sur le côté du ventre où le fond de la matrice s'est incliné (1).

Velpeau pense que l'incision des parois abdominales doit toujours correspondre au côté le plus saillant de l'utérus. Avant la rupture de la poche dit-il, c'est presque constamment à droite. Après la sortie des eaux c'est ordinairement à la ligne blanche. Dans le premier cas et toutes les fois que la matrice reste très-volumineuse ou fortement inclinée, je crois qu'il est mieux de placer l'incision obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, comme s'il s'agissait de lier l'artère iliaque par la méthode d'Abernethy, que dé la diriger verticalement (2).

Billi et Malgaigne conseillent de pratiquer l'incision à 5 c. 1/2 en dehors de la ligne médiane pour tomber ainsi sur la partie interne du muscle droit et avoir une cicatrice plus solide (3).

Guéniot (4) se rapproche de Velpeau et conseille de pratiquer l'incision suivant l'inclinaison même de la matrice. Les avantages qui résulteront de cette pratique sont :

1° De pouvoir inciser la matrice sur sa région médiane tout en conservant son inclinaison et sa torsion.

2° De permettre aux plaies abdominales et utérines de conserver entre elles, après comme pendant l'opération, un facile parallélisme.

3° De procurer une voie libre à l'écoulement lochial et d'éviter son épanchement dans le péritoine.

---

(1) Gardien. *Traité complet d'accouchements*, 1816, t. III, p. 80.

(2) Velpeau. *Traité complet de l'art des accouchements*, 1835, t. II, p. 466.

(3) Petrequin. *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 287.

(4) Guéniot. *De l'opération césarienne à Paris et des modifications qu'elle comporte dans son exécution.* Paris, 1870.

Jacquemier, Cazeaux, Tarnier, Stoltz, Nægelé et Grenser, Schröder, Hubert, Hyernaux, Barnes, Playfair, dans leurs articles ou traités se rallient tous au procédé de Mauriceau.

Les auteurs sont également loin d'être unanimes à propos de l'étendue qu'on doit donner à l'incision abdominale. Rousset et Ruleau parlent d'une incision longue d'un demi pied ou environ ; Mauriceau proportionne l'étendue de l'incision à celle de l'utérus ; Smellie conseille une incision de 6 à 7 pouces, Stoltz (1) *de 25 centimètres*, Nœgele et Grenser de 16 au moins, Gueniot de 16 à 18, Cazeaux et Hyernaux de 13 à 16 c., Jacquemier et Tarnier de 13 à 14 c. Hubert de 13 c. à 13 1/2.

Depuis Mauriceau les auteurs, comme on peut s'en convaincre par les dimensions ci-dessus, ont sans cesse diminué l'étendue de l'incision, seul M. Stoltz parle de 25 centimètres comme étant la longueur de la circonférence de la tête fœtale ; outre que nous ne comprenons guère cette longueur de la circonférence, nous ferons remarquer qui la circonférence de la tête fœtale pour un enfant du poids moyen de 3,250 est de 32 c. 1/2 à 33 centimètres, avec un diamètre de 11 c. comme l'ont fait remarquer MM. Budin et Ribemont (2) dans l'intéressant travail qu'ils ont récemment publié. Aussi pensons-nous qu'une incision de 13 centimètres sera généralement toujours suffisante, tandis qu'une incision d'étendue supérieure ne sera qu'exceptionnellement utilisable.

Tous les auteurs recommandent d'arrêter l'incision à deux travers de doigt environ (5 à 6 c.) au-dessus de la symphyse, et de contourner l'ombilic à gauche si cela est nécessaire.

Ce n'est que pour mémoire que nous rappelons la proposition qui a été faite de remplacer les instruments tranchants par l'emploi des caustiques. Avec M. Guéniot nous pensons que ce procédé, bon pour l'ouverture de certaines tumeurs abdomi-

(1) Stoltz. Art. *Opération césarienne*, in *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, t. VI.

(2) Budin et Ribemont, *Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus à terme*, in *Archives de tocologie*. Paris, 1879.

nales, ne peut être raisonnablement conseillé dans les cas de grossesse utérine avec enfant vivant.

b. *Incision de la paroi utérine.* — A l'exception de Levret qui veut qu'on incise l'utérus à sa partie moyenne et « presque latérale » presque tous les auteurs conseillent d'inciser la paroi utérine sur la ligne médiane, là où les vaisseaux présentent le développement le moins considérable, et de s'arrêter au-dessus du col. Baudelocque recommande d'ouvrir l'utérus le plus près possible de son segment supérieur, afin d'empêcher les lochies de s'écouler dans l'abdomen. Il faut, dit Barnes, éviter d'inciser le fond et le segment inférieur de l'utérus, qui se cicatrisent difficilement, de plus les fibres circulaires qui dominent vers le col tendent à faire bâiller la plaie.

Cazeaux conseille une incision utérine de 13 à 16 centimètres.

M. Guéniot s'élève contre la grande étendue de l'incision utérine. En effet, dit-il, plus on sectionne de fibres utérines, plus le ressort de l'organe est affaibli et la tendance de la plaie à rester béante se trouve par le fait doublement augmentée. D'une autre part plus on divise de vaisseaux sanguins, plus on expose les bords de la section à se gangréner (1), » et avec Nœgele et Grenser il conseille de donner à la plaie utérine une longueur de 11 c. à 13 c. 1/2.

Si l'instrument rencontre le placenta, on doit le décoller d'après Gardien, Desormeaux, Velpeau, Tarnier, Cazeaux, Hyernaux Nægelé et Grenser, Stoltz, Schröder, Barnes, Playfair, l'inciser d'après Jœrg et Hubert.

De tout temps, les auteurs recommandèrent de prendre les plus grandes précautions pour empêcher les intestins de sortir, et le liquide amniotique de pénétrer dans la cavité abdominale. De là, le précepte de rompre la poche des eaux par le vagin après l'incision de l'abdomen ou même au début de l'opération.

Mais c'est surtout depuis les progrès réalisés par les ovario-

(1) Guéniot. *Loc. cit.*, p. 23.

tomistes que les chirurgiens accoucheurs s'efforcent d'opérer en quelque sorte en dehors de la cavité abdominale.

C'est ainsi que Winckel fait aussitôt après l'incision utérine accrocher avec les doigts d'un aide, les deux angles de la plaie afin d'en relever les extrémités et de les mettre en contact immédiat avec l'ouverture abdominale, ce qui permet non seulement d'éviter l'écoulement du sang et du liquide amniotique dans la cavité péritonéale, mais aussi la hernie des viscères abdominaux.

Guéniot (1) dit : pour atteindre au but tant cherché, le moyen qui me paraît offrir à la fois le plus de garantie d'efficacité et d'innocuité peut se formuler en quatre mots : *opérer hors du ventre.* Et il conseille dès que l'incision abdominale est faite de passer au niveau de son angle supérieur, une anse métallique dans l'épaisseur de la paroi utérine. Les chefs de cette anse, maintenue avec fermeté par un aide, serviront concurremment avec les mains de l'aide principal à faire proéminer le segment antérieur de la matrice entre les lèvres de la plaie abdominale ; et l'occlusion étant bien complète, inciser.

c. *Toilette seule ou toilette et suture de l'utérus et de la paroi abdominale.* — *Suture utérine* (2). — Levret (3) dit : « Je n'ai garde de parler de faire une suture à la matrice, parce que tous les chirurgiens savent qu'outre qu'elle serait très préjudiciable, elle devient absolument inutile à cause de la prodigieuse contraction qui arrive à cet organe peu de temps après l'extraction de l'enfant. »

Ce jugement porté par Levret sur la suture de l'utérus a été

---

(1) Guéniot. *Loc. cit.*, p. 22.

(2) Voyez 1° Martin. *Ueber die Catgutnaht der Uteruswunde nach dem Kaiserschnitt. Berlin. klin. Wochenschr.*, 1876, p. 401. 2° Harris. *The operation of gastro hysterotomy* (in *Amer. J. of obst. med. sc.*, avril 1878, p. 325). 3° Fochier. *Notes d'obstétrique*, *Lyon médical*, 1879, auxquels nous avons beaucoup emprunté pour la rédaction de ce chapitre.

(3) Levret. *Loc. cit.*, p. 443.

respecté, malgré quelques tentatives fortuites et isolées, par la pluralité des auteurs classiques, jusque vers 1870.

Ainsi, Smellie compte sur la puissance de la rétractilité utérine et s'élève même contre la gastrorrhaphie.

Baudelocque et Gardien, tout en conseillant la suture abdominale, repoussent la suture utérine.

A partir de cette époque tous les auteurs reconnaissent l'utilité de la suture abdominale.

Velpeau prétend que l'hémorrhagie n'est pas à craindre; il s'élève contre l'idée de Siebold et de Ritgen consistant à oblitérer les artères utérines à l'aide de fils, de Deleurye et de Heister consistant à les cautériser, à les toucher avec du vitriol, de l'esprit de vin ou du baume de copahu; mais il conseille de réunir la plaie de l'abdomen au moyen d'une suture et de bandelettes, tout en conservant libre le bord inférieur de l'incision.

Jacquemier conseille de comprimer avec les doigts les artères ou les veines utérines qui donnent du sang, mais il préconise la suture de la paroi abdominale (suture entortillée, enchevillée ou à points passés).

Cazeaux croit que la plaie de l'utérus ne demande d'autre précaution que d'être bien nettoyée. Il est partisan de la suture de la paroi abdominale.

Nœgelé et Grenser, tout en rapportant quelques cas de suture utérine, ne se prononcent ni pour ni contre.

Stoltz et Schröder pensent que la suture peut devenir nécessaire, dans certains cas d'hémorrhagie, surtout par suite d'inertie utérine, mais il faut autant que possible l'éviter.

Un des premiers cas de suture utérine consigné dans les annales scientifiques est celui de Lebas de Mouilleron, 1769, rapporté par Lauverjat pour blâmer cette manière de faire, bien que la femme guérît.

Harris (1) rapporte qu'en 1828 un charlatan de l'état de Virginie sutura la plaie utérine avec trois fils, ce qui montre, dit

(1) Harris. *Loc. cit.*, p. 327.

plaisamment Harris, que « fools enter in where angels fear to tread ».

En 1835, Wiesel, de Hulsenbusch, cité par Stoltz, aurait obtenu un succès en pratiquant un seul point de suture.

Godefroy (1), en 1840, dans un cas où la plaie utérine, après la rétraction, présentait encore une grande étendue, pratiqua trois points de suture, et les fils furent coupés près des nœuds et abandonnés dans la cavité abdominale. La femme guérit. Mais dans les réflexions qui suivent l'observation, le Dr Godefroy croit devoir chercher à se disculper d'avoir réuni la plaie de l'utérus par des points de suture, et il rappelle que Desormeaux avait traité d'inhabile un chirurgien qui s'était servi de ce moyen dans une circonstance pareille.

Malgaigne, en 1845, fait un seul point de suture et échoue.

Lestocquoy, d'Arras (2), fait six points de suture. L'opérée mourut le 38e jour et l'on constata que la plaie utérine n'était pas fermée.

Pillon, médecin en chef des salles d'accouchements de l'Hôtel-Dieu, de Rouen, considérant le défaut de réunion de la plaie utérine pendant un long espace de temps, sachant que chez les femmes qui avaient subi avec succès l'opération césarienne l'utérus présente des adhérences avec la paroi abdominale antérieure, eut l'idée de recourir à la suture pour provoquer cette adhérence, supprimant tout épanchement dans la cavité abdominale et proposa, après l'extraction du fœtus et du placenta, de réunir chaque lèvre de la plaie utérine au tiers inférieur de la lèvre correspondante de la plaie abdominale (3).

Ce que Pillon avait conçu, Lestocquoy le pratiqua en lui imprimant une modification, le 2 septembre 1859. Le procédé

---

(1) Godefroy. In *Gazette medicale,* juillet 1840.

(2) Voyez Dusart. Th. de Paris, 1867.

(3) *Considérations tendant à prouver la nécessité de réunir, après l'opération césarienne, chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre de la plaie correspondante de la plaie faite à la paroi abdominale. Courrier médical* du 21 décembre 1854.

de Lestocquoy consiste à coudre de chaque côté la lèvre utérine à la lèvre pariétale correspondante formant ainsi une suture circulaire, avant l'ouverture de l'œuf.

La femme opérée par Lestocquoy guérit.

Tarnier (1), après avoir suturé simplement l'utérus dans un cas suivi de mort, eut recours au procédé de Lestocquoy dans une seconde opération.

La femme mourut comme la première, de gangrène utérine. « Reste à savoir, dit Tarnier (2), si la suture en diminuant les cas de péritonite ne favorisera pas l'apparition de la gangrène. »

Spencer Wells, dans une communication à la Société obstétricale, en 1873, après avoir avec succès suturé l'utérus d'une façon ininterrompue avec de la soie dont le chef est passé à travers le col et le vagin et tiré quelques jours après, conseille de pratiquer la suture utérine dans tous les cas.

Harris compte dans ces onze dernières années seize cas d'opération césarienne pratiquée aux Etats-Unis, dont dix avec suture.

Fochier dit, dans son intéressant travail, qu'il connait 44 observations de suture de la plaie utérine après l'opération césarienne.

En 1873, Grandesso Silvestri (3) pratique avec succès la suture élastique (fil de caoutchouc recouvert de tissu de soie). Un insuccès, survenu un an après, la femme étant morte 60 heures après l'opération, permit de constater la juxtaposition de la plaie utérine.

Martin père, Martin fils, G. Veit, Birn Baum pratiquèrent la suture utérine avec de forts fils de catgut. Des sept femmes ainsi opérées une seule guérit. A l'autopsie des six autres on ne trouva les sutures solides que chez une seule. Chez les autres, les fils avaient lâché ou s'étaient dénoués.

Si l'on ajoute à ces faits ceux de Routh, de Tauffer, d'autres

(1) *Revue photographique des hôpitaux*, janvier et février 1869.

(2) Notes ajoutées au *Traité* de Cazeaux, 8e éd., 1870, p. 1869.

(3) In *Gaz. med. ital. prov. venete*, anno 17, n° 6, octobre 1873.

exemples cités par Breisky, rapportés par Martin (1), et ceux de Madeow, de G.-B. Oswald, de Laroyenne (2) cités dans le travail de Fochier, l'on arrive à un nombre suffisant pour porter un jugement défavorable concernant l'emploi du catgut.

Aussi les opérateurs se trouvant en face des mêmes accidents immédiats ou médiats (hémorrhagie ou béance consécutive de la plaie utérine), tout en continuant à pratiquer la suture, employèrent soit les fils de soie ou de chanvre, soit les fils métalliques avec des succès divers, ainsi que le montrent les observations de Kob (3) (de Stolp) (4), de Guitter (5), de Cazin (6), de Netzel (7) et de Césare Belluzzi (8). Cazin avait pris le soin d'adosser exactement les deux séreuses utérines et il insiste sur ce fait.

Barnes enfin a décrit un procédé qui aurait pour but : 1° d'arrêter le sang que donnent les lèvres de la plaie ; 2° de réunir profondément ces lèvres ; 3° de maintenir la face utérine antérieure exactement avec la paroi abdominale pour favoriser leur union et cela sans tiraillement ; 4° de permettre d'enlever les fils quand la suture a rempli son but.

Ce procédé, extrêmement ingénieux, nous paraît non moins compliqué, et n'a pas, que nous sachions, été encore appliqué.

Drainage de l'utérus. — Tandis que les anciens auteurs, partisans ou non de la gastrorrhaphie, se contentaient de laisser toujours libre le bord inférieur de la plaie abdominale, afin de

---

(1) Martin. *Loc. cit.*

(2) Société des sciences médicales de Lyon, 1878.

(3) *Beitr. zur Geb. und Gyn.*, t. II, fasc. 2, 1873

(4) *Arch. f. Gyn.*, t. V, fasc. 3, 1873.

(5) *Archives de Tocologie*, novembre et décembre 1875.

(6) *Archives de Tocologie*, 1876.

(7) *Operatione cesarea seginta da sutura uterina con esito felice per la madre e pel figlio.* In *Mémoires de l'Académie des sciences de l'Institut de Bologne*, série 3, t. X, 1879.

(8) Voir le très-intéressant travail du Dr Masson, *De la gastro-élytrotomie.* Th. de Paris, 1877, auquel nous avons emprunté la plupart des renseignements contenus dans ce chapitre.

faciliter l'écoulement des liquides venant de l'utérus, d'autres, parmi lesquels Wigand, Maygrier, Winckel, Barnes, ont, de plus, conseillé le drainage utérin, pratiqué soit à l'aide de sondes introduites dans l'utérus par le vagin, soit à l'aide de rubans, de mèches passés de la plaie abdominale dans le vagin.

C'est aussi dans le même but que quelques auteurs ont donné le conseil de pratiquer la délivrance, après l'opération césarienne, par les voies naturelles.

B. *Deuxième méthode dans laquelle on cherche à n'intéresser ni le péritoine ni l'utérus. — De la gastro-élytrotomie.*

Considérant que les accidents les plus graves, les plus fréquemment observés à la suite de l'opération césarienne étaient la péritonite et l'hémorrhagie, quelques accoucheurs ont cherché à extraire le fœtus sans léser le péritoine ni inciser l'utérus. De là, la naissance de la gastro-élytrotomie.

Le Dr Masson a divisé l'histoire de la gastro-élytrotomie en deux périodes distinctes. La première ou période ancienne date du commencement de ce siècle, 1821 à 1870. La seconde, ou période contemporaine, ne remonte qu'à quelques années.

Première période. — Quelques auteurs considèrent Jœrg (1806) comme ayant le premier conseillé la gastro-élytrotomie. Cet auteur propose d'ouvrir l'abdomen suivant la méthode de Mauriceau, c'est-à-dire par une incision verticale faite sur la ligne blanche et d'inciser soit le vagin, soit le col de l'utérus.

Dans ce procédé, on n'évite que la section de la paroi utérine, car on incise le péritoine.

C'est Ritgen qui, le premier, en 1821, imagina un procédé qu'il appela « section du ventre et du vagin » et qui est la véritable gastro-élytrotomie. Il commence par faire une incision semi-lunaire qui part de l'épine iliaque et s'étend à

l'épine du pubis. Il divise ensuite les muscles, les aponévroses, le tissu cellulaire jusqu'au péritoine ; mais au lieu d'inciser ce dernier, il le repousse avec le manche de son bistouri, pénètre jusqu'au vagin qu'il incise et pratique l'extraction de l'enfant.

Passant du domaine de la théorie à celui de la pratique, il voulut, en 1821, pratiquer cette opération sur la femme vivante, mais ne put extraire le fœtus, et fut obligé alors de recourir à l'ancien procédé.

En 1822, Physiq (de Philadelphie), d'après Devees (1) cité par Velpeau (2), ayant remarqué combien le péritoine est facile à séparer de la vessie et des environs du col utérin, pensa qu'en faisant une incision horizontale immédiatement au dessus du pubis, on pourrait arriver au col de la matrice et l'ouvrir sans intéresser la séreuse péritonéale.

En 1823, parut à Paris la thèse de Baudelocque neveu, qui, ignorant les travaux précédents, crut être le premier à conseiller la gastro-élytrotomie. Disons du reste que s'il n'inventa par la chose, il inventa le nom.

Il décrit son procédé de la façon suivante : Je pratique une incision extérieure tout le long du bord externe du muscle droit, depuis l'ombilic jusqu'à un pouce du pubis, et sans léser le péritoine. Je perce ensuite les membranes par le vagin ; je passe un doigt indicateur dans l'angle inférieur de la plaie pour décoller le péritoine dans toute l'étendue de la fosse iliaque sur l'artère du même nom; alors un aide placé au côté droit de la femme, soulève le péritoine et la masse intestinale pendant qu'un autre aide, situé à côté de lui, maintient la matrice..... Puis, introduisant la main au niveau de l'extrémité supérieure du vagin, écartant la vessie d'une part, le rectum de l'autre, j'ouvre, à l'aide d'un bistouri, le vagin le plus au dessous possible de l'insertion de ce canal au col utérin. J'agrandis la plaie

---

(1) *Dewees system of midwif*, etc., p. 605.
(2) Velpeau. *Loc. cit.*, p. 165.

avec des ciseaux mousses de manière qu'elle ait au moins quatre pouces (1).

L'année suivante, en 1824, Baudelocque, dans un nouveau mémoire, exposa une autre méthode qui ne diffère, dit-il, de la première « que par la section du péritoine que j'opère en même temps que celle des muscles abdominaux. »

En 1844, il publia un troisième mémoire dans lequel se trouve la relation de deux gastro-élytrotomies qu'il avait eu l'occasion de pratiquer. Dans le premier cas, Baudelocque fut, comme Ritgen, obligé de recourir à la méthode ancienne en raison d'une hémorrhagie grave causée par la simple piqûre du vagin. La femme mourut des suites de l'hémorrhagie. Dans le second cas, en voulant lier l'artère iliaque externe, il la piqua et pratiqua la ligature de l'iliaque *primitive*.

La femme mourut 74 heures après l'opération. Les deux enfants étaient morts avant l'opération.

Nous devons dire que, pour la première femme, il renonce aux procédés qu'il a décrits en 1823-1824, et incise la paroi abdominale le long du ligament de Poupart, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis pour décoller le péritoine avec le manche de son bistouri et procéder à l'incision latérale du vagin. Il mit tout simplement en pratique le procédé de Ritgen.

Quant à la seconde, son intention était, dit-il, d'ouvrir l'abdomen par l'incision iliaque, de décoller la péritoine, mais de placer une ligature sur l'artère iliaque interne avant de pratiquer l'opération.

Enfin, on trouve encore dans ce même mémoire la description de deux autres procédés. Ce qui fait porter au Dr Masson, cette appréciation peut-être bien sévère ; « que si Baudelocque entrevit la gastro-élytrotomie telle qu'on la pratique aujourd'hui, il la compromit gravement par les modifications malheureuses qu'il fit subir à ses procédés. »

---

(1) Baudelocque (Auguste). *Nouveau procédé pour pratiquer l'opération césarienne,* 1823, th. de Paris, n° 132.

Deuxième période. — Cette opération qui avait été jugée sévèrement et repoussée par presque tous les accoucheurs, en raison de la difficulté du manuel opératoire, semblait définitivement condamnée lorsque Gaillard-Thomas en 1870 tenta de la réhabiliter dans un travail lu devant la « Yorkev's médical Association. »

Il pratiqua deux fois cette opération ; une fois sur le cadavre, une autre fois sur une femme mourante. Le procédé qu'il employa est le même que celui conseillé par Ritgen, avec cette seule différence, que pour inciser le vagin, il fait saillir la paroi de cet organe à l'aide d'un hystéromètre introduit par la vulve. Le mémoire de Gaillard-Thomas eut du retentissement.

En 1876 (1) le professeur Alexandre Skene publia une observation de gastro-élytrotomie pratiquée avee succès pour la mère et pour l'enfant. Dans ce cas la vessie fut ouverte, mais dit Skene, ce fut la faute de l'opérateur et non de l'opération.

L'année suivante en juin 1877 (2) le professeur Skene eut à nouveau l'occasion de pratiquer la gastro-élytrotomie, et bien que les conditions fussent exceptionnellement mauvaises, la femme et l'enfant furent sauvés. Ici encore la vessie fut ouverte, car une pelvipéritonite antérieure, avait amené des adhérences du péritoine, du fascia iliaca, de la vessie et du vagin, de telle façon que les rapports anatomiques normaux étaient obscurcis.

A propos d'un mémoire sur la gastro-élytrotomie, lu par la Dr Garrigues de Broocklyn, devant « the american Gynecological Society, septembre 1878 » le Dr G. Thomas rappela que l'opération césarienne pratiquée à New-York depuis deux-cent-cinquante ans n'avait donné qu'un seul succès, tandis que la gastro-élytrotomie pratiquée depuis huit ans seulement en a donné davantage. (3).

Le Dr Garrigues, dans le mémoire auquel nous faisons allu-

(1) In *Amer. J. of obst.*, février 1876.
(2) In *Amer. J. of obst.*, juin 1877.
(3) *Amer. J. of obst.*, octobre 1878, p. 879.

sion, conseille de modifier le manuel opératoire, en incisant le vagin avec le galvano ou le thermo-cautère, afin de prévenir l'hémorrhagie.

Edis et Hime (1) ont pratiqué tous les deux, une fois, la gastro-élytrotomie, les deux femmes moururent. Ces résultats sont encore insuffisants pour apprécier cette opération compliquée.

Cet exposé rapide, quoique long cependant, des péripéties qui ont précédé, accompagné et suivi la naissance scientifique de l'opération césarienne, des adversaires qu'elle a rencontrés, des luttes qu'elle eut à supporter, des modifications légères ou radicales qui furent apportées à son manuel opératoire, montrent assez d'une part les dangers de cette opération, d'autre part, les efforts immenses et sans cesse renouvelés, faits par les accoucheurs pour la rendre moins meurtrière. Ces efforts multiples et déjà séculaires ont-ils donné des résultats ?

Assurément on opère mieux à l'heure actuelle qu'à l'époque de Levret, mais les femmes meurent-elles moins ?

Reconnaissons de suite que, malgré l'incision abdominale pratiquée sur la ligne blanche suivant le procédé de Mauriceau, malgré l'étendue rationnelle donnée à l'incision de la paroi utérine, malgré les sutures utérines ou utéro-pariétale, malgré l'habileté opératoire incontestée et incontestable des chirurgiens accoucheurs de nos jours, les succès sont, nous ne dirons pas fortuits, mais isolés (2). Plus fréquents à la campagne que dans les

(1) *In British. medic. journal*, 1878.

(2) Nous n'avons pas voulu donner de statistiques concernant les résultats de l'opération césarienne, car entre ceux donnés par Radford qui comportent 85 morts p. 100 et ceux donnés par Harris qui n'en donnent que 25 p. 100 en passant par ceux de Baudelocque, de Michaelis, de Velpeau, de Sprengel, de Simonart, de Kayser, d'Hubert, de Bourgeois de Tourcoing, de Pihan Dufeillay, de Villeneuve de Marseille, etc., il est impossible de s'y reconnaître. De plus, en supposant même que toutes les observations publiées l'aient été d'une façon complète, nous n'aurions pas encore entre les mains les matériaux nécessaires pour arriver à la vérité, car, ainsi qu'on l'a répété nombre de fois, si

villes, ils étaient devenus absolument nuls à Paris depuis 1787, et cependant l'opération césarienne fut pratiquée au moins quarante fois (Guéniot) et par des opérateurs tels que Baudelocque, Béclard, Moreau, Malgaigne, Paul Dubois, Danyau, Depaul, Tarnier !

C'est que jusque dans ces derniers temps on n'avait pas encore trouvé les moyens propres à empêcher les hémorrhagies (1) et les péritonites.

Aujourd'hui, avec les pansements antiseptiques et l'opération de Porro, les possédons-nous ? c'est ce que nous allons examiner. (*A suivre*).

ÉTUDE
SUR
LES TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL
CONSÉCUTIFS
AUX AFFECTIONS DIVERSES DE L'APPAREIL UTÉRO-OVARIEN

Par le Dr V. de Fourcauld,
Ancien interne à Saint-Lazare et à la Santé, etc.

(SUITE) (2).

2° *Déplacements et déviations de l'utérus.* — L'abaissement, depuis l'abaissement simple dû à une cause légère et facile à faire disparaître, jusqu'à la chute de l'utérus est assez fréquent. On l'observe bien plus souvent que les déviations utérines. Dans les observations relatives au sujet qui nous occupe, je

---

l'on publie tous les cas heureux, on se garde souvent d'agir de même pour les autres.

(1) Tandis que dans les anciennes observations, il est rare de voir citer l'hémorrhagie comme accident immédiat et consécutif de l'opération, nous voyons, au contraire, dans les observations publiées depuis une vingtaine d'années, cet accident noté fréquemment. Le chloroforme y est-il pour quelque chose ? Avec Harris nous inclinons à le croire.

(2) Voyez *Annales de gynécologie*, septembre 1879, page 248.

n'ai pu retrouver que 8 cas de folie sympathique en rapport avec l'abaissement de l'utérus, et 2 en rapport avec l'antéversion.

Obs. I (Azam ; résumée).

La nommée C..., Marie, âgée de 36 ans, entre à l'asile de Bordeaux le 11 juillet 1857. Pas d'antécédents, ni d'hérédité au point de vue de la folie. Enceinte quatre fois, elle a fait trois fausses couches; la dernière fois, en 1857, elle est accouchée à terme d'un enfant mort. Une hernie ombilicale consécutive à l'écartement de la ligne blanche a nécessité l'application d'un bandage. Ce bandage, mal fait, a amené une inflammation du sac. Douleurs lombaires. Son médecin l'a soignée pour une ulcération granuleuse du col. Quelques jours après le commencement de ce traitement, elle commence à délirer; elle voit et entend le diable. Un jour elle croit qu'il est sur son dos. Elle est malheureuse et damnée et se précipite sur son mari avec fureur. Elle reste un mois à l'hôpital de Nérac, dans un état de lypémanie très-marquée avec accès de fureur. Au moment de son entrée à l'asile de Bordeaux, elle est plongée dans la plus sombre tristesse. Examinée au spéculum, on reconnaît une antéversion avec engorgement et ulcération de la lèvre. Après un mois de traitement, amélioration notable. La malade reconnaît que ses idées démoniaques sont ridicules. C... n'est pas complètement guérie, mais tout indique qu'avant peu la guérison sera complète. Il ne reste qu'un peu de rougeur du col et d'engorgement.

Obs. II (Lisfranc; résumée).

Une femme âgée de 28 ans, appartenant à une famille dans laquelle on n'avait jamais constaté la folie, perdit tout à coup la raison ; elle avait beaucoup d'éloignement pour son mari et ne pouvait même tolérer sa présence. Elle avait huit enfants. Ayant pratiqué le toucher, je constatai une antéversion. Le col un peu hypertrophié était très incliné en arrière. La partie antérieure du corps était assez engorgée. Petite ulcération de la lèvre postérieure.

Après six mois de traitement, la malade recouvra la raison. Elle la conserva trois ans, devint enceinte à ce moment; la folie récidiva et persista jusqu'au sixième mois de la gestation.

Obs. III (Martineau).

Une malade atteinte d'une chute de la matrice a fait plus d'une fois l'aveu qu'elle était poursuivie par des idées de suicide, qu'elle combattait de toutes ses forces par un redoublement de piété religieuse.

Ces idées surtout deviennent très persistantes, lorsque l'abaissement utérin est très prononcé et chaque fois que le col de l'utérus vient apparaître à la vulve. Depuis qu'elle porte une ceinture et un bandage approprié à son état, le prolapsus ne se reproduisant plus, toute idée de suicide a disparu.

Obs. IV (Baillarger).

M. Baillarger a cité sans détails le fait suivant qui lui a été communiqué par un de ses amis. Une dame atteinte d'une affection de l'utérus était devenue aliénée. L'application d'un pessaire fit cesser le trouble cérébral.

Il y avait évidemment un abaissement de la matrice.

Obs. V (Azam ; résumée).

Marie B..., femme T..., âgée de 49 ans, née de parents sains, entre à l'asile le 5 décembre 1856.

Elle a déjà été aliénée il y a dix ans. Cette crise aurait eu pour cause déterminante une exécution capitale. Elle a cherché à se tuer et elle était tourmentée de l'idée de tuer son enfant. Cette crise a duré six mois. A cette époque comme aujourd'hui elle a ressenti, raconte-t-elle, une grande pesanteur dans le bassin, des douleurs lombaires et d'abondantes pertes blanches. A son entrée, on constate que les idées de suicide sont revenues, la religion l'a toujours empêchée de les mettre à exécution. Elle prétend que le diable est dans son corps ; elle se plaint des mêmes sensations physiques que la première fois. Elle n'est plus réglée depuis dix ans. Examinée au spéculum on reconnaît outre une vaginite chronique, que la muqueuse du col est rouge.

L'utérus est abaissé en totalité et présente un certain degré d'engorgement.

Après un mois et demi de traitement, une amélioration physique se fait sentir, les idées délirantes ont disparu, la malade ne pense

plus à la mort ; seulement elle est encore un peu triste, mais la guérison est inévitable.

Obs. VI (Personnelle).

Mme P..., âgée de 52 ans, ne voyant plus depuis onze ans, née de parents sains et ayant toujours joui d'une bonne santé, a ressenti il y a près d'un an, une sensation de pesanteur dans le bassin ; elle perd en blanc et ne peut aller en voiture, le mouvement de cahot la faisant souffrir beaucoup plus que la marche. Depuis cinq à six mois Mme P... est tombée dans une grande tristesse. Elle passe des nuits entières à sa fenêtre et elle parle tout haut à des êtres imaginaires. En l'examinant au spéculum, je constate chez la malade un abaissement de la matrice assez considérable, avec un peu d'inflammation du col. Après un traitement convenable et le conseil scrupuleusement suivi du reste, de porter une ceinture abdominale et un pessaire approprié, Mme P... n'a plus les douleurs ni les pertes blanches dont elle se plaignait. Il n'y a plus ni tristesse ni hallucinations.

Obs. VII (Communiquée).

Mme X..., 32 ans, issue de parents sains, habitant le département de la Loire, était atteinte d'un abaissement assez léger de l'utérus. Elle était devenue en très peu de temps extrêmement mélancolique, et avait de fréquents accès de manie. Avec des soins convenables, la mélancolie et la manie disparurent à mesure que l'état local s'améliora.

Obs. VIII (Personnelle).

La nommée M..., Clarisse, âgée de 35 ans, concierge, issue de parents sains, sent de la pesanteur dans le bassin depuis cinq ou six mois. En même temps elle se plaint de douleurs lombaires et de pertes blanches. Son caractère a énormément changé ; elle pleure pour un rien, ne parle presque jamais et sans aucun motif a voulu étrangler un chat qu'elle aimait beaucoup avant d'être malade. Depuis cinq ou six mois, quelque temps avant d'avoir senti la pesanteur dont il est question plus haut, elle est extrêmement constipée. Elle reste souvent dix ou douze jours sans aller à la garde-robe. Les purgations restent souvent sans effet. En l'examinant au spéculum, je constate un léger

abaissement, évidemment dû à la pression exercée par les anses intestinales surchargées. Le col est légèrement ulcéré. Cette ulcération doit être causée par le frottement qu'il subit sur le plancher périnéal par suite de l'abaissement. Grâce à des moyens appropriés et après un temps assez long, la constipation disparaît et l'état mental redevient ce qu'il était auparavant.

Obs. IX (Personnelle).

La nommée L... Marie, domestique, atteinte d'un abaissement de l'utérus depuis trois ans, portait habituellement un pessaire. Depuis six mois, elle a négligé d'en porter un ; aussi, ressent-elle d'assez vives douleurs dans les lombes, ainsi qu'un sentiment de pesanteur dans le bassin.

En même temps, son caractère a beaucoup changé. Elle croit que tout le monde médit d'elle, qu'elle est une fille perdue et elle tombe dans une profonde tristesse. La reprise d'un pessaire a fait disparaître cet état.

Obs. X (Personnelle.)

Mme L... Juliette, âgée de 28 ans, issue de parents sains, mariée à 16 ans, sans enfants, est tombée depuis six mois surtout dans un état de lypémanie extrême. Ce trouble mental a commencé il y a environ un an. Elle a voulu s'étrangler avec un mouchoir. Elle ne veut pas répondre à nos questions ; mais il résulte des renseignements qui nous sont fournis par la famille, qu'elle perd en blanc et qu'elle s'est souvent plainte de douleurs dans le ventre. Elle a aussi des envies fréquentes d'uriner. La malade se laisse examiner, sans avoir l'air de se douter qu'on la passe au spéculum. On trouve le col presque à la vulve, il a augmenté de longueur et de volume. Il y a de l'abaissement, mais il paraît dû au poids du col ; ce dernier est un peu congestionné.

Après après fait suivre un traitement décongestionnant, l'amputation du col jugée nécessaire est pratiquée par moi, le 5 juin 1878, avec la galvano-caustique thermique. Au mois de septembre, Mme L... est parfaitement guérie. Elle est encore en traitement par mesure de prudence, et son état mental est devenu normal. Il n'y a plus d'abaissement.

3° *Tumeurs de diverses natures ; Polypes.*

Obs. I (Azam ; résumée).

La femme B..., âgée de 58 ans, entre à l'asile de Bordeaux le 29 mai 1856, dans un état de délire général. Hallucinations de l'ouïe, elle croit être un ange ou une sainte et est en outre persuadée qu'elle a des *crapauds dans le ventre.*

De 1838 à 1840, elle a déjà été aliénée. On sait seulement en ce qui concerne cette crise, que son délire a été accompagné d'une grande tristesse.

Elle succombe le 26 septembre 1857. Rien n'avait fait soupçonner l'existence d'une affection utérine. A l'autopsie, on trouve deux tumeurs fibreuses surmontant l'utérus et trois ou quatre autres tumeurs de même nature dans les parois de l'organe.

Obs. II (Azam ; hérédité non recherchée).

M..., 40 ans, entrée le 24 novembre 1842, morte le 19 septembre 1845 de phthisie pulmonaire.

Elle était atteinte de lypémanie compliquée de refus des aliments

A l'autopsie, tumeur fibreuse de la dimension d'une orange adhérente à l'un des ovaires. Hypertrophie de la paroi antérieure de la matrice.

Obs. III (Azam; hérédité non recherchée).

T..., 57 ans, entre le 5 février 1830, morte le 5 août 1844, de phthisie pulmonaire.

Démence.

Tumeurs fibreuses de diverses dimensions, adhérentes à la matrice ou contenues dans son tissu.

Obs. IV (Azam; hérédité non recherchée).

B..., 50 ans, entrée le 5 janvier 1844, morte le 6 mars 1845 de pneumonie.

Délire mélancolique.

Engorgement considérable du corps et du col de la matrice; tumeurs fibreuses de petite dimension disséminées dans le tissu de l'organe.

OBS. V (Azam; hérédité non recherchée).

G..., 52 ans, aliénée depuis 1818, meurt en juillet 1845.
Démence.

Kyste ovarique à droite. Ovaire gauche induré. Tumeur fibreuse développée dans la paroi antérieure de la matrice.

OBS. VI (Azam ; hérédité non recherchée).

M..., 52 ans, entrée à l'asile pour la première fois le 29 juin 1854. Depuis elle est revenue à l'asile à quatre ou cinq reprises; elle est atteinte de lypémanie suicide.

Depuis cinq ans, elle porte dans la fosse iliaque droite, une tumeur qui a les dimensions d'une tête de fœtus à terme et qui dépend des organes génitaux.

OBS. VII (Azam; résumée).

Mme X..., 41 ans, a été placée à l'asile par autorité de justice le 9 mai 1845.

Neuf ans avant son entrée, elle a reconnu dans la région hypogastrique droite, l'existence d'une tumeur sensible à la pression; mais qui devient très douloureuse à l'époque des règles. Elle a souffert d'élancements dans cette région, de douleurs lombaires et a eu des pertes blanches abondantes. Dès cette époque son caractère est devenu triste et sombre. Elle est hallucinée de l'ouïe. Elle s'embarque pour retourner à la Martinique son pays natal. Quelques heures après son départ, elle cherche à se suicider par la section des veines. Elle est ramenée à terre et retourne auprès de son mari qui persiste à vouloir la garder près de lui. Une nuit, pendant qu'il dormait près d'elle, elle l'entend prononcer ces paroles :

Imbécile, qui croit que je veux la laisser vivre. Les démons sont d'accord avec lui pour la faire mourir. Elle s'arme d'un couteau de cuisine et le plonge dans la poitrine de son mari. La mort fut instantanée. Arrêtée, une ordonnance de non-lieu fut rendue et elle fut maintenue dans l'asile pour le reste de ses jours. M. Bazin dans son rapport constatait l'état physique suivant :

Tumeur dure, bosselée, d'un volume considérable dans la fosse iliaque droite, et il ajoute en concluant qu'après les lésions des cen-

tres nerveux, il n'y a rien qui perturbe plus souvent l'intelligence que les affections de l'utérus.

Mme X... est dans l'asile depuis douze ans. Son état mental n'a pas changé. Elle a constamment refusé de se laisser examiner.

Obs. VIII (Personnelle).

Mme R..., 62 ans, a remarqué que son ventre devenait douloureux à la pression; la marche était pénible. Je constate une tumeur de la fosse iliaque droite. Elle paraît dépendre de l'utérus. Elle est dure, et un peu sensible quand on appuie sur elle. Le caractère de Mme R... a notablement changé. Elle est devenue mélancolique et a perdu une partie de la mémoire.

Obs. IX (Girot, de Dinan ; résumée).

Mme X... avait depuis quelques mois des inquiétudes vagues. Bientôt inquiétude très grande. Larmes répandues abondamment et sans motif. Puis discours incohérents. Désir de la mort. Hémorrhagies survenant à des intervalles rapprochés. A la suite de quelques coliques, la malade rend un corps puriforme de deux pouces de circonférence et qui fut reconnu pour être une môle charnue.

Depuis lors, cette dame jouit d'une santé parfaite et n'a pas conservé le moindre souvenir de l'état dans lequel elle s'est trouvée.

Obs. X (Gaultier de Claubry).

Une jeune dame eut pendant une première grossesse un accès d'aliénation mentale qui guérit après l'accouchement. Dix ans après elle devint folle de nouveau et l'on crut qu'elle était enceinte. Dans l'incertitude, on consulta Boyer qui annonça la présence d'un polype dans l'utérus. Il fut enlevé, l'aliénation mentale disparut aussitôt.

Obs. XI (Azam ; hérédité non recherchée).

M..., 52 ans, entrée en janvier 1847, meurt le 6 février même année de fièvre typhoïde.

Délire mélancolique, refus des aliments.

Polype muqueux de dimension moyenne ayant son point d'implantation dans la cavité du col et se développant dans le vagin.

4° *Cancer.*

Obs. I (Azam ; résumée).

Emilie M..., 40 ans, entre à l'asile le 2 mars 1856.

Depuis huit ans elle est atteinte de délire mélancolique suicide avec hallucinations. Depuis cette époque elle porte une tumeur probablement cancéreuse du corps de la matrice. Cette tumeur fait une saillie marquée dans la fosse iliaque droite et donne au toucher la sensation d'une masse solide, dure, bosselée. La membrane hymen existe encore et le toucher permet de découvrir une masse fongueuse dont le caractère n'est pas douteux.

A l'époque des règles, les pertes abondantes qui surviennent, augmentent son délire. A ce moment, elles se plaint de vives douleurs lancinantes.

La peau d'Emilie M... est de couleur jaune paille caractéristique.

Obs. II, III, IV (Belhomme) (1).

Belhomme résume trois observations de folies survenues sous l'influence de carcinomes utérins, et qui ont cédé avec un traitement palliatif de la maladie utérine. Une de ces folies était une lypémanie avec propension au suicide.

Obs. V (Azam ; hérédité non recherchée).

M..., 37 ans, entrée le 16 juin 1842, morte le 6 mars 1844.

Délire mélancolique.

Kystes sanguins dans les ovaires. L'utérus est transformé en un tissu ramolli, offrant toutes les apparences du cancer.

Obs. VI (Azam ; hérédité non recherchée).

L..., 32 ans, entrée en 1845, morte le 6 juillet de phthisie pulmonaire.

Délire général.

(1) Belhomme. *Loc. cit.*

Masses cancéreuses adhérentes aux parois de la matrice. Ovaire droit transformé en encéphaloïde ramolli.

Obs. VII (Azam; hérédité non recherchée).

D..., entrée le 28 février 1848, morte le 7 septembre 1851 de pneumonie.

Lypémanie suicide.

Cancer de l'utérus non ulcéré.

Obs. VIII (Azam; hérédité non recherchée).

L... (Catherine), 49 ans, entrée le 16 octobre 1852.

Démonomanie. A trois reprises elle a cherché à se suicider.

Lypémanie très caractérisée.

Cancer ulcéré de l'utérus.

Elle est rendue à sa famille qui la réclame, le 29 du même mois.

Obs. IX (Azam; hérédité non recherchée).

Th.... 62 ans, entrée le 10 février 1852.

Elle est folle depuis plus de dix ans. Les commencements de la maladie ont été une mélancolie très caractérisée.

Elle meurt le 19 janvier 1855. Sa mort est causée par un cancer de l'utérus.

Obs. X (Azam; hérédité non recherchée).

R..., femme X..., 46 ans, entrée le 11 avril 1853.

Lypémanie.

Deux tentatives de suicide par immersion.

Affection cancéreuse du col de l'utérus pour laquelle elle se refuse à tout traitement.

Elle est rendue à son mari.

Obs. XI (Azam; hérédité non recherchée).

U..., 66 ans, entrée le 6 juin 1858, décédée le 1er février 1855.

Démence agitée.

Cancer de la matrice et du rectum.

OBS. XII (Azam ; hérédité non recherchée).

Marie M..., 67 ans, venant du dépôt de mendicité, entre à l'asile le 1er avril 1854.

Démence agitée.

Elle meurt d'un cancer ulcéré de l'utérus.

OBS. XIII (Azam ; hérédité non recherchée).

G..., 58 ans, entrée le 22 janvier 1852.

Démence agitée succédant à une lypémanie.

Meurt le 21 décembre 1854, d'un cancer de l'utérus.

OBS. XIV (Azam ; hérédité non recherchée).

Thérèse B..., 67 ans, entrée le 22 août 1856.

Démence agitée très dangereuse.

Meurt le 24 août 1856, d'un cancer de l'utérus et du rectum.

OBS. XV (Azam ; hérédité non recherchée).

Marie D..., 50 ans, entrée le 21 juin 1852. Morte le 8 janvier 1856.

Démonomanie suicide.

Cancer de l'utérus ulcéré et cancer du pancréas.

Tubercules dans le poumon.

OBS. XVI (Azam ; hérédité non recherchée).

Delphine A..., 42 ans. Entrée le 5 juillet 1876, meurt le 27 mai 1856.

Démence agitée.

Tumeur hypogastrique de la dimension d'une tête d'enfant, formée par le corps de l'utérus transformé en tissu encéphaloïde ramolli et ulcéré.

§ V. — *Ménopause.*

« La ménopause, dit Foville, constitue, au point de vue intellectuel non moins qu'au point de vue organique, un véri-

table âge critique, et c'est à elle que l'on peut rattacher certains cas de délire soit passager, soit permanent. » (1).

Dans un ouvrage que j'ai déjà cité, M. Barié a publié quelques observations que je vais retracer en les résumant, et qui sont fort probantes.

La cessation peut, non seulement occasionner des délires passagers, mais elle peut donner naissance à l'aliénation mentale.

D'après Esquirol :

Sur 426 aliénées de la Salpêtrière, on a constaté 27 cas de folie causée par la ménopause.

Sur 264 aliénées de la maison Esquirol, on a constaté 11 cas de folie causée par la ménopause ; soit sur 690 aliénés, 38 cas de folie occasionnée par la ménopause.

Des recherches statistiques plus récentes faites à l'hospice de Charenton ont fait voir que 39 femmes étaient devenues aliénées au moment de l'âge climatérique ; chez 9 d'entre elles, l'absence de toute cause habituelle de folie montrait manifestement que la cessation était le point de départ de la démence.

La folie, au moment de la ménopause, peut se montrer avec toutes ses variétés, la plus fréquente cependant est la forme lypémaniaque (2).

Tous les auteurs qui ont écrit sur la matière font remarquer que la folie développée à cette période a un caractère défavorable. Cette affirmation ne me paraît pas devoir être considérée comme absolue. Un point que je dois signaler, sans m'y arrêter davantage, est le suivant :

D'après Griesinger, quand la folie est antérieure à la ménopause, « celle-ci, le plus souvent aggrave la maladie, de sorte que les formes mentales qui jusque-là avaient été simplement irritantes et variables, deviennent fixes et dégénèrent en démence partielle ou totale. » (3).

---

(1) *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Délire*.

(2) Barrié. *Loc. cit.*, p. 136.

(3) *Traité des maladies mentales*, 1865.

OBS. I (Azam; résumé).

Femme C..., 32 ans, mariée, entre à l'asile de Bordeaux le 20 septembre 1856.

Depuis un an, cette femme n'est plus réglée; quelques mois après la cessation, elle est atteinte d'hystéromanie poussée à l'excès.

A son entrée on constate une occlusion du col. Il n'y a pas d'engorgement et rien n'indique la nécessité de rétablir le passage fermé. — Cas douteux.

OBS. II (Azam; hérédité non recherchée).

B..., femme D..., 56 ans, entrée le 10 décembre 1853.

Délire mélancolique. Refus des aliments. Exaltation religieuse. Hallucinations. Elle dit avoir eu des rapports charnels avec le Christ.

Métrorrhagies alternant avec des pertes blanches.

Commencement de la ménopause.

Bains. Repos. Soins généraux.

Sort améliorée le 30 septembre 1855.

OBS. III (Personnelle).

Mme R..., 52 ans, ne voit plus depuis six mois lorsque je suis appelé (22 juin 1878). Depuis cette époque délire mélancolique. Troubles divers dans la santé générale. Traitement décongestionnant.

Aujourd'hui Mme R... va très bien. Le délire mélancolique a disparu.

OBS. IV (Personnelle).

Mme de K..., 56 ans, est au commencement de la ménopause. Elle ne voit plus d'une façon régulière. Symptômes de congestion utérine. Délire mélancolique. Hallucinations de l'ouïe.

Mme de K..., est en traitement depuis quatre mois. Grande amélioration. La guérison ne se fera pas longtemps attendre.

OBS. V (Brierre de Boismont).

Une femme de 42 ans, très impressionnable, avait depuis quelque temps les signes de l'époque critique; lorsqu'en passant dans une rue, elle rencontre un enfant qu'elle croit être le sien. Les véritables parents réclament leur enfant. Elle entre alors dans un état inoui d'excitation. Cet enfant ressemblait à une de ses filles, morte il y a six ans. Ce délire qui fut passager ne peut être attribué qu'à l'excitation de l'époque critique.

OBS. VI (G. Tilt).

Une dame toujours bien réglée, est arrivée depuis quatre mois à l'âge critique : irrégularités du flux sanguin, céphalalgie, douleurs abdominales.

Une nuit, s'étant couchée bien portante, elle se précipite dans la rue, priant trois hommes de la maintenir. On la mène à Bristol Infirmary. En trois jours le flux menstruel reparaît, et cette malade reprend ses sens.

OBS. VII (V Barbier).

Mme D..., entrée à l'hôpital de Charenton, le 30 juillet 1846, n'a jamais eu d'aliénés dans sa famille. Menstruation très régulière. Depuis un an, les règles ont cessé de couler. Depuis ce moment, Mme D... est très fatiguée. Elle gémit sur son sort, se croit perdue, et pleure fréquemment. Deux mois après le début de cette affection mentale, elle présente de l'apathie, une grande prostration.... Hallucinations de la vue et de l'ouïe; sensations douloureuses dans les membres et dans le dos.

Quelques mois de traitement et l'application d'un cautère améliorèrent l'état mental.

OBS. VIII (Pagès).

P..., 53 ans, religieuse, n'est plus réglée depuis six mois; elle se portait bien, lorsque sans cause connue le flux sanguin reparut pour

(1) Les observations qui suivent sont extraites de la thèse citée de M. Barrié.

couler plus abondamment que de coutume. En même temps violentes douleurs de tête accompagnées de tristesse périodique reparaissant en même temps que ses époques rétablies régulièrement. Elle se croit possédée du démon. Nombreuses tentatives de suicide. Six mois après son entrée, elle sortit améliorée. Le flux sanguin continuait à se montrer.

Obs. IX (Griesinger).

Femme de 55 ans, cessation des règles à 49 ans. Depuis ce moment elle est devenue très irascible. Sensations de chaleur, digestions pénibles, douleurs dans le ventre. Délire des grandeurs. Paralysie générale. Mort. Autopsie confirmant le diagnostic.

Obs. X (Brierre de Boismont).

Mme X..., 43 ans. Du jour où sa menstruation a commencé à devenir irrégulière, elle est tourmentée du délire de la persécution. Si l'écoulement menstruel venait à se montrer, ces idées disparaissaient. Après une suppression de quatre mois, le délire devient complet et dangereux. Tentative homicide qui nécessite sa mise dans une maison de santé. Le traitement fut dirigé de façon à rappeler les règles.

L'évacuation périodique reparut et la malade quitta l'établissement, jouissant de toute sa raison.

Trois mois après, le flux menstruel ayant cessé, la malade fut reprise du même délire. On chercha à suppléer à l'écoulement par des saignées locales, mais cette fois l'égarement de la raison a persisté.

Je viens de citer un assez grand nombre d'observations tant personnelles que recueillies dans divers ouvrages. Pour bien comprendre leur portée, il est nécessaire de les résumer dans un tableau d'ensemble.

J'aurais pu joindre à ce nombre déjà respectable de faits probants bien d'autres cas, mais j'ai jugé inutile d'encombrer cette étude. Du reste, grâce à la bibliographie que j'ai toujours pris un soin scrupuleux d'indiquer, il sera facile de lire les observations que j'ai laissées de côté et qui toutes, au surplus, vien-

nent en aide à la démonstration de la folie sympathique des affections utérines.

Voici le résumé des observations que je publie :

1° DÉSORDRES DE LA MENSTRUATION : 8 cas. — 7 guérisons. (Dans un cas, il a été impossible de donner des soins à la malade.)

Formes de folie. — Lypémanie: 1 cas. — Pour les autres, les auteurs ont négligé d'indiquer la forme de folie. D'après leur affirmation, et je me range à leur manière de voir, on observe surtout la lypémanie suicide ou homicide.

2° GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, ALLAITEMENT. . 3 cas. — 3 guérisons.

Formes de folie. — Prédominance des idées tristes avec propension au meurtre.

3° ULCÉRATIONS DU COL ET MÉTRITES : 21 cas. — 15 ulcérations, 10 guérisons; 6 métrites, 4 non guérisons par suite de défaut de traitement; 6 morts rapides (il n'y avait pas eu de traitement); 1 cas douteux.

Formes de folie. —	Lypémanie simple..............	9
»	Lypémanie suicide..............	10
»	Lypémanie homicide............	1
»	Délire général..................	1

4° DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS : 10 cas. — 8 abaissements 2 antéversions, 8 guérisons. (La maladie utérine n'était pas guérie, mais le traitement suivi empêchait le déplacement de se produire) ; 2 améliorations.

Formes de folie. —	Lypémanie simple..............	6
»	Lypémanie suicide.............	2
»	Lypémanie homicide...........	1
»	Lypémanie suicide et homicide..	1

5° Tumeurs diverses, polypes, etc. : 11 cas. — 7 tumeurs fibreuses; 1 tumeur de nature douteuse; 1 produit anormal dans l'utérus, guérison ; 2 polypes, 1 guérison. (Dans l'autre, la malade n'avait pas été examinée.)

Formes de folie. —	Lypémanie simple.......	2
»	Lypémanie suicide.............	4
»	Lypémanie homicide et suicide....	1
»	Lypémanie avec perte partielle de la mémoire.	1
»	Démence......................	2
»	Folie indéterminée..........	1

6° Cancer de l'utérus : 16 cas. — 3 guérisons (Belhomme) consécutives au traitement. — *Se sont-elles maintenues?*

Formes de folie. —	Lypémanie simple............	5
»	Lypémanie suicide...........	3
»	Lypémanie homicide	1
»	Délire général.................	1
»	Démence agitée...	4
»	Formes non notées par l'auteur..	2

7° Ménopause : 10 cas. — 4 guérisons; 4 améliorations; une rechute après guérison; 1 cas douteux.

Formes de folie. —	Lypémanie simple.............	3
»	Lypémanie suicide.............	1
»	Lypémanie homicide...........	1
»	Hystéromanie	1
»	Paralysie générale.............	1
»	Démonomanie	1
»	Délire simple	1

Ainsi en exceptant la puberté qui peut amener la folie, mais qui cause principalement, comme nous le verrons plus loin, des troubles sympathiques de motilité et de sensibilité, les désordres de la menstruation, les affections utérines diverses, la grossesse,

la ménopause, en un mot tout ce qui trouble l'utérus et son jeu physiologique peut avoir des retentissements sur le cerveau. Nous l'avons, croyons-nous, prouvé surabondamment puisque (en ne tenant pas compte des divisions de cette étude).

1° Nous avons rapporté 79 cas de troubles utérins qui, tous ont été suivis de folie sympathique.

2° Sur ces 79 cas, il y a eu 37 fois guérison radicale de la folie, après disparition du trouble utérin, plus 6 améliorations notables proportionnelles à l'amélioration de la lésion utérine.

3° Sur les 36 cas non suivis de guérison, 21 sont relatifs à des cancers (13) ou à des tumeurs (8) qui n'ont pas été enlevées, et dans 12 autres, il a été impossible de donner des soins locaux à la malade.

Peut-être objectera-t-on qu'il y a un certain nombre d'observations dans lesquelles l'hérédité n a pas été recherchée. Il est juste de tenir compte de cette objection. Mais je me permettrai de faire remarquer que 28 observations seulement présentent ce défaut. Que sur ces 28 observations, il n'y en a pas une dans laquelle la malade ait suivi un traitement pour la lésion utérine, que par conséquent les 49 observations qui restent, en défalquant deux cas douteux, sont inattaquables.

Enfin, la forme de folie qu'on observe le plus souvent dans les troubles cérébraux sympathiques des affections utérines est la lypémanie avec ses variétés, puisqu'elle a été observée 56 fois et que 9 fois, on a négligé de noter la forme de folie que présentait la malade observée. Donc, les affections utérines sont des causes fréquentes de troubles intellectuels. Avant d'étudier la symptomatologie propre de ces troubles, il est peut-être utile de savoir quelle est l'influence de telle ou telle de ces affections sur la production de ces désordres cérébraux.

Voici, mis en regard de l'ordre de fréquence adopté par M. Martineau, celui que j'adopte d'après mes recherches et mes propres observations, mais cela n'a à mes yeux, actuellement du moins, qu'une importance des plus secondaires.

Martineau.	*Personnelles.*
—	—
1° Dégénérescences cancéreuses.	1° Ulcérations diverses.
2° Hypertrophie et Déplacements; principalement Rétroversion.	2° Dégénérescences cancéreuses.
3° Ulcères avec engorgements.	3° Déplacements et principalement abaissement.
4° Polypes.	4° Tumeurs fibreuses etc..
5° Métrites.	5° Polypes. Engorgements.
6° Tumeurs. Kystes de l'ovaire.	

Quoique les désordres cérébraux sympathiques des troubles de l'appareil génital n'aient pas une physionomie absolument propre, ils présentent néanmoins certains signes qu'il est bon de reconnaître. Aussi devons-nous les signaler.

Symptômes. — Généralement la folie sympathique n'apparaît pas d'emblée. Elle marche d'une façon progressive. Il est rare que les femmes qui en sont atteintes ne présentent pas dès l'abord un certain changement de caractère, que les personnes étrangères à l'art, attribuent, il est vrai aux troubles utérins annoncés par des pertes, des douleurs lombaires etc., mais auxquelles, elles ne prêtent guère d'attention. Chez les femmes négligentes qui ne se font pas soigner, le médecin n'est appelé le plus souvent que lorsque la folie s'est franchement déclarée. Dans la majorité des cas, comme le prouve le relevé des observations publiées ici, c'est la forme lypémaniaque qu'on rencontrera, c'est-à-dire la forme comprenant des troubles intellectuels s'étendant depuis la timidité et l'hésitation exagérées et la tristesse qu'inspire cet état de caractère, jusqu'à la défiance de tout entourage ou de tout événement possible ou supposé tel. Suivant les cas, il y aura ou non de l'agitation, souvent des terreurs ridicules. Il est évident qu'on rencontrera toutes les

formes de la mélancolie et le plus souvent des idées suicides ou homicides.

Marche ; Durée ; Terminaison.

Il y a un rapport constant entre l'état de la lésion *cause* et celui de la folie *effet*. Ce n'est que lorsque la lésion est chronique, existe depuis longtemps, que la folie prend la forme chronique elle aussi et tend de plus en plus à devenir inguérissable. Le plus souvent la terminaison est favorable, lorsque la maladie utérine est sur le point de guérir.

Diagnostic ; Bronostic ; Traitement.

On doit tout d'abord s'assurer qu'il n'y a pas d'antécédents héréditaires. Ce point étant résolu affirmativement, on doit, quelle que soit la forme de folie observée, s'assurer de l'intégrité des organes et des fonctions de l'appareil utéro-ovarien. S'il y a une lésion locale guérissable, on a bien des chances pour que la folie disparaisse avec la maladie qui l'a occasionnée.

Le pronostic est en effet subordonné à celui de la lésion utérine. Il est utile de faire remarquer que Belhomme cite trois cas de guérison de folie sympathique consécutive à un cancer de l'utérus. Un traitement palliatif avait suffi dans ces cas. C'est une exception.

Quant au traitement, comme le fait remarquer Loiseau, il doit être établi sur la distinction bien caractérisée de la cause productive. Une névrose sympathique exige un traitement approprié à la nature, au siége du mal qui l'a déterminée. Mais il ne faut pas borner les indications thérapeutiques au point de départ, au centre de l'irradiation morbide. Il ne faudra jamais négliger les moyens hygiéniques et curatifs qui tendent à agir directement et indirectement sur le cerveau, et qu'on a coutume d'employer dans le traitement de la folie idiopathique.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

RECHERCHES SUR L'HYMEN ET L'ORIFICE VAGINAL (1).

Par le Dr P. Budin,
Chef de clinique d'accouchement à la Faculté de Paris.

§ 1. — *Hymen et orifice vaginal; anatomie.*

On considère, en général, l'hymen comme une membrane qui ferme en partie l'orifice du vagin et est assez mince pour se déchirer pendant les premières approches sexuelles. Au point de vue de sa structure, les uns admettent que cette membrane est formée par un repli de la muqueuse du vagin (Sappey, Kœlliker), les autres, qu'elle est constituée par l'adossement des muqueuses vaginale et vulvaire (Tarnier, Courty). Nous croyons ces descriptions insuffisantes.

Voici comment nous avons été conduit à entreprendre sur ce point de nouvelles recherches. Nous faisions un jour l'examen anatomique d'une petite fille en présence de plusieurs personnes. L'une d'elles, préparant un travail sur la morphologie des reins, désirait beaucoup emporter, pour les étudier à loisir, ceux de l'enfant que nous examinions. Après avoir détaché ces organes, après avoir examiné le rapport des uretères avec le col de l'utérus, nous décidâmes d'enlever non seulement les reins et les uretères, mais encore la vessie et l'urèthre afin de lui offrir l'appareil urinaire dans son entier. La vessie ayant été isolée il nous fallait, pour avoir l'urèthre, faire la section de la symphyse pubienne, des parties molles et de la vulve pour arriver jusqu'à la face supérieure du vagin sur laquelle l'urèthre est appliqué.

En examinant les organes génitaux externes avant de les inciser, on vit qu'ils présentaient la disposition habituelle. Les

(1) Extrait du *Progrès médical*, 1879.

grandes lèvres (*gl*, fig. 1), ayant été écartées, on aperçut le clitoris (*cl*), les petites lèvres (*pl*) et le méat urinaire (*u*), au-dessous duquel se trouvait l'hymen avec son orifice (*ov*.) Cet hymen était circulaire, mais perforé de telle sorte qu'il existait une surface plus étendue au-dessous qu'au-dessus de l'orifice hyménéal. Il faisait enfin entre les petites lèvres une saillie très-marquée.

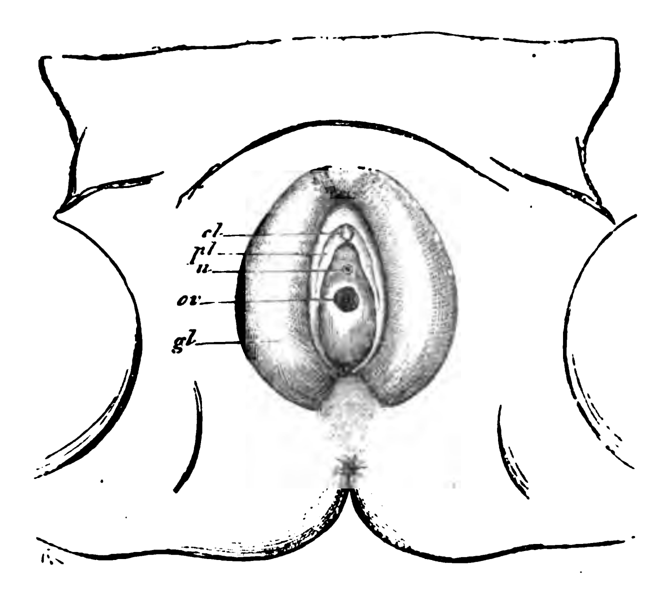


FIGURE 1 (1).

, Clitoris. — *pl*, Petites lèvres. — *gl*, Grandes lèvres. — *u*, méat urinaire. — *ov*, Orifice hyménéal.

Après avoir incisé la symphyse pubienne, nous fîmes d'un côté la section de la grande lèvre et de la petite lèvre. Nous arrivâmes alors sur la face externe du canal vaginal; ce canal facilement isolable au milieu de tissu cellulaire se terminait,

(1) Nous devons cette figure et toutes celles qui suivent à notre excellent ami le Dr Ribemont, à qui nous adressons nos plus sincères remerciements.

en avant, par une partie arrondie, hémisphérique, sur le milieu de laquelle existait un orifice assez étroit (*ov*, fig. 2).

Cet aspect singulier nous frappa : où était donc l'hymen? il ne paraissait plus exister, au-dessous du clitoris (*cl*) et du vestibule, on voyait encore le méat urinaire (*u*) et au-dessous du méat un orifice arrondi qui n'était autre que l'orifice qui terminait le vagin (*ov*). En abaissant le lambeau supérieur et en relevant le lambeau inférieur de la petite lèvre sectionnée, il fut facile de reproduire entre les petites lèvres l'aspect de l'hymen et de s'assurer, par conséquent qu'il était constitué par l'extrémité antérieure du canal vaginal (1).

On pouvait donc considérer le vagin comme un véritable doigt de gant présentant à son extrémité antérieure un orifice circulaire, et c'est l'extrémité perforée de ce doigt de gant qui, venant s'insinuer et sortir entre les petites lèvres, constituait ce qu'on appelle l'hymen.

En faisant sur la paroi antérieure du canal vaginal à son union avec l'utérus une incision longitudinale, on pouvait pénétrer avec le doigt jusqu'à l'orifice antérieur du vagin. L'orifice arrêtait le doigt et la disposition des parties ainsi distendues était plus nette encore.

Nous avons, depuis ce moment, essayé bien des fois de faire cette préparation sur des cadavres de petites filles, et toujours nous avons retrouvé la même disposition. Quand on pousse plus loin la dissection, on peut même enlever l'utérus et le vagin tout entier, et avec le vagin qui se détache aisément des parties voisines, l'hymen se trouve totalement emporté.

Il est facile du reste d'ajouter d'autres preuves à celles fournies par la dissection. Lorsqu'on ouvre le vagin, on voit que les colonnes antérieure et postérieure qui font saillie sur sa muqueuse viennent se continuer sur la face interne et jusque

(1) Nous avons fait faire, par M. Tramond, pour faciliter notre démonstration devant la *Société de biologie*, une pièce en cire qui représente les organes génitaux avec l'hymen. Un des côtés de la pièce, en se détachant, permet de voir la disposition des parties représentées à la page suivante, fig. 2.

sur le bord libre de la membrane hymen, quelquefois même une des colonnes dépassant les bords de l'orifice forme un petit prolongement qui donne à l'hymen un aspect particulier. De même, les rides transversales de la muqueuse du vagin se continuent souvent jusqu'au bord de l'orifice de l'hymen. Cette disposition qu'on observe facilement lorsqu'on a incisé le canal vaginal peut même être très-souvent constatée en ouvrant tout simplement de l'extérieur l'orifice hyméneal, on voit les colonnes et les brides qui viennent se terminer sur ses bords et cela non seulement sur les enfants qui viennent de naître, mais encore sur les jeunes filles et les femmes adultes.

Enfin, ce qu'on appelle l'hymen est en réalité plus épais que ne le laisseraient supposer ces expressions de repli de la muqueuse du vagin ou d'adossement des muqueuses vaginale et vulvaire. Un certain nombre d'anatomistes ont décrit du tissu cellulaire, des vaisseaux et des fibres musculaires lisses dans l'épaisseur de la membrane hymen. Notre ami, M. le Dr de Sinéty, dont on connaît la compétence spéciale, a bien voulu nous faire des coupes histologiques portant sur l'hymen, la vulve et le vagin d'une petite fille. On peut, sur ces préparations, suivre l'épithélium de la muqueuse vaginale sur la face interne de l'hymen; il se continue avec l'épithélium de la muqueuse vulvaire qui en tapisse la face externe, et entre ces deux muqueuses se trouve une couche assez épaisse de tissu conjonctif qui, à la base de l'hymen, se continue avec celui qui forme la paroi du vagin. On pouvait, sur une des belles préparations faites par M. de Sinéty, voir des sections des vaisseaux et même suivre la coupe longitudinale de l'un d'entre eux, qui, venu de la paroi du vagin, s'avançait dans l'épaisseur de la membrane hymen.

Ledru (1) avait donné une description histologique qui vient confirmer ce qui précède : « Si après avoir fendu le vagin sur la ligne médiane, dit-il, on dissèque la muqueuse de

(1) Ledru. *De la membrane appelée « hymen. »* Thèse de Paris, 1855, p. 30.

haut en bas, on voit qu'elle tapisse la face interne de l'hymen,

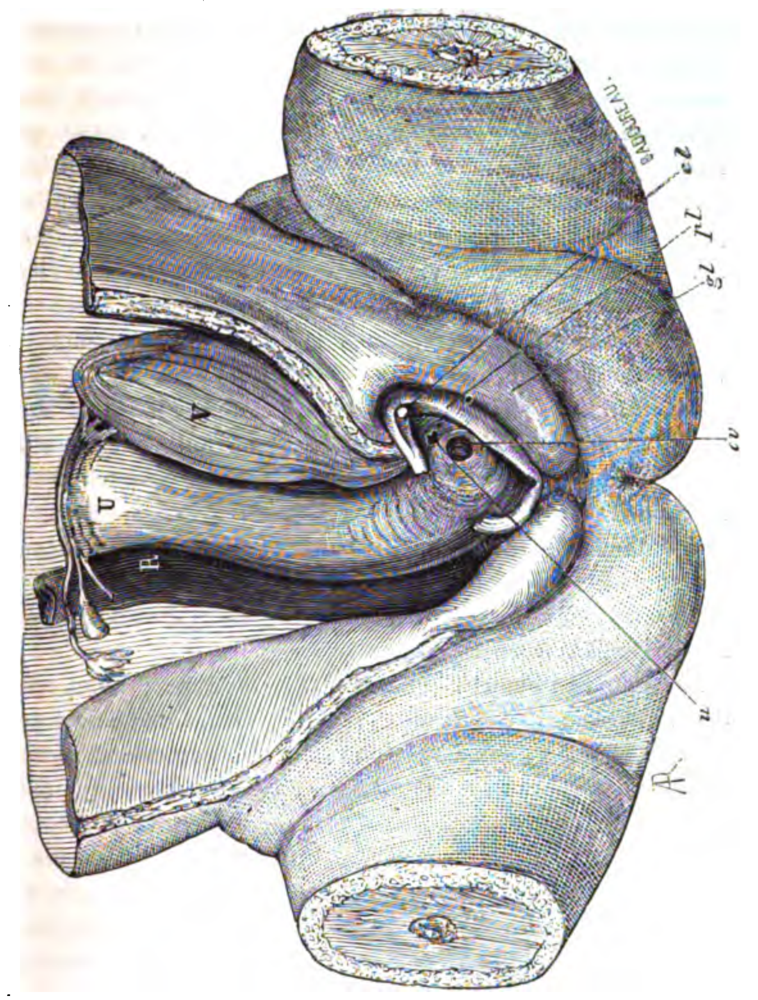


FIGURE 2.

R, Rectum. — U, Utérus. — V, Vessie. — *cl*, Clitoris. — *pl*, Petites lèvres.— *gl*, Grandes lèvres. — *u*, méat urinaire. — *ov*, orifice vaginal ou hyménéal.

se replie sur son bord tranchant, recouvre sa face externe et se continue avec celle de la face interne des petites lèvres. Mais

lorsqu'on a disséqué ce feuillet muqueux, l'hymen n'est pas pour cela complètement détruit ; on trouve en effet au-dessous une membrane blanchâtre, offrant l'aspect d'un tissu cellulaire condensé, plus large à la base et s'amincissant vers le bord libre sous forme d'éperon ; la base se continue avec le tissu cellulaire sous-muqueux du vagin... » « Le tissu blanc, qui forme pour ainsi dire la charpente de l'hymen, est constitué par des faisceaux très-serrés de tissu cellulaire, mêlés d'un grand nombre de fibres élastiques, il y aussi des faisceaux de fibres musculaires de la vie organique. Ce tissu blanc de l'hymen, ajoute plus loin Ledru, présente tous les caractères microscopiques qu'on trouve dans le tissu sous-muqueux du vagin. »

En résumé : 1° la dissection du vagin dont les parois sont parfaitement isolables et se terminent en avant par une partie hémisphérique perforée; 2° la prolongation des colonnes et des brides de la muqueuse vaginale qui tapissent la face interne et arrivent jusqu'à l'orifice de l'hymen; 3° l'examen histologique; tout concorde pour montrer que ce qu'on appelle l'hymen n'est autre chose que l'extrémité antérieure du canal vaginal doublée à l'extérieur par la muqueuse vulvaire.

Ainsi donc, l'hymen, en tant que membrane propre, spéciale, distincte, indépendante, n'existe pas. La membrane qui apparaît sous les yeux, lorsqu'on examine les organes génitaux et qu'on a décorée du nom d'hymen, n'est autre chose que l'extrémité antérieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les petites lèvres. Il résulte de cette disposition que la définition de l'orifice vaginal doit être modifiée. On ne peut donc plus dire que « la circonférence externe ou circonférence d'insertion de l'hymen constitue la limite exacte du vagin, le portour de l'orifice vaginal. » (1). C'est plus en avant, au niveau de la circonférence interne de l'hymen, qu'il faut reporter

(1) J. Matthews Duncan. *Sur le mécanisme de l'accouchement*, etc., traduction française, p. 467, et *Papers on female perinæum*, p. 5.

l'orifice du vagin. L'orifice vaginal n'est autre chose que l'orifice hyménéal lui-même.

On nous demandera peut-être comment il serait possible, dans ces conditions, d'expliquer le développement embryologique des organes génitaux de la petite fille. Rien n'est moins exactement connu que ce développement, ainsi que l'a démontré une récente discussion des accoucheurs allemands à Cassel (septembre 1878) (1). Nous n'avons pas été assez heureux encore pour avoir à notre disposition un nombre de pièces anatomiques qui nous permît d'élucider ce point. Nous nous garderons donc de faire des hypothèses plus ou moins fragiles. Nous avons cependant observé, à plusieurs reprises, un fait qui nous semble jeter quelque lumière sur la disposition des organes, sur les rapports de la vulve et du vagin.

En examinant les organes génitaux d'un fœtus de 4 mois, on aperçoit les grandes lèvres (*gl*, fig. 3), le clitoris (*cl*) et les pe-

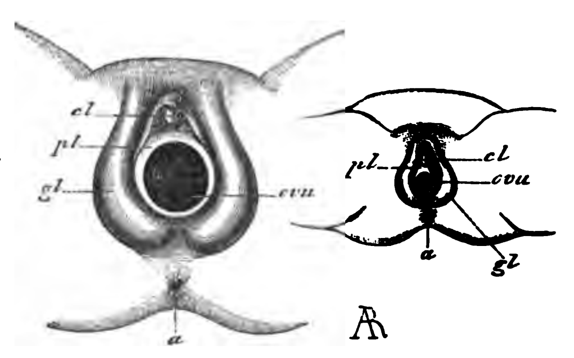


FIGURE 3

La figure de droite représente les organes de grandeur naturelle; celle de gauche, ainsi que les fig. 4 et 5 qui suivent, représentent les mêmes organes considérablement grossis. — *cl*, Clitoris. — *a*, Anus. — *gl*, Grandes lèvres — *pl*, Petites lèvres. — *ovu*, orifice vulvaire.

tites lèvres (*pl*) qui limitent un orifice (*ovu*), véritable orifice vulvaire. Entre les petites lèvres, on ne trouve aucune partie

(1) *Centralblatt für Gynækologie*, 1878.

qui fasse saillie, il n'y a pas de trace d'hymen ni d'orifice vaginal.

Si on fait la coupe de la symphyse pubienne et la section latérale des grandes et des petites lèvres, on voit (fig. 4) qu'il existe un canal de 5 à 6 millimètres, canal vulvaire, au fond duquel arrive l'extrémité antérieure arrondie d'un cylindre qui n'est autre chose que le vagin. Sur cette extrémité hémisphérique on voit un petit orifice qui, dans un des cas que nous avons observés, était microscopique, presqu'invisible. L'urèthre s'applique sur la paroi supérieure du vagin et vient s'ouvrir un peu au-dessus de l'orifice vaginal.

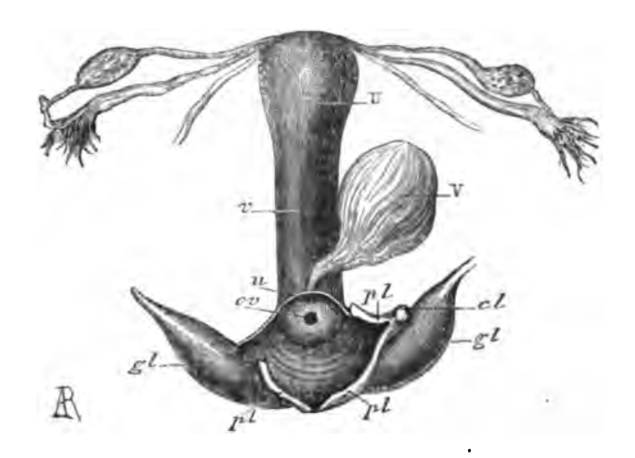


FIGURE 4.
U, Utérus. — V, Vessie. — *u*, Urèthre. — *v*, Vagin, — *ov*, Orifice vaginal. — *cl*, Clitoris. — *pl*, Petites lèvres. — *gl*, Grandes lèvres.

On se rendra mieux compte encore de la disposition des parties en examinant la fig. 5 qui représente une coupe antéro-postérieure du bassin et des organes génitaux. On y voit nettement qu'il existe entre l'orifice vulvaire et le vagin un canal qui mesure une certaine profondeur. Ce canal présente en avant un orifice (*ovu*) qui est limité par les petites lèvres, et au fond de ce canal l'extrémité antérieure du vagin fait une sail-

lie hémisphérique. Sur cette surface saillante et arrondie, on aperçoit l'orifice vaginal (*ov*).

Au fur et à mesure que le fœtus se développe et avance en âge, l'orifice vaginal (*ov*, fig. 4), se rapproche de l'orifice vulvaire (*ovu*, fig. 3) limité par les petites lèvres, il arrive bientôt à son niveau et finit même par le dépasser. On pourrait presque comparer la façon dont l'extrémité antérieure du vagin pé-

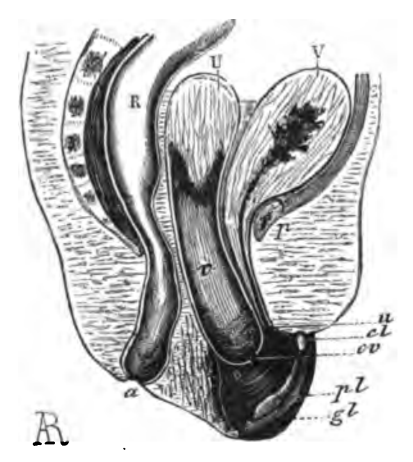


FIGURE 5.

R, Rectum. — U, Utérus. — V, Vessie. — *p*, Pubis. — *u*, Méat urinaire. — *v*, Vagin. — *ov*, Orifice vaginal. — *cl*, Clitoris. — *pl*, Petites lèvres. — *gl*, Grandes lèvres. — *a*, Anus.

nètre dans le canal vulvaire à la saillie que fait le col de l'utérus dans le vagin. Le vagin entraîne avec lui l'urèthre qui lui est adhérent. C'est lorsque le vagin s'est ainsi avancé à travers l'orifice limité par le bord interne des petites lèvres, que l'hymen devient apparent, et plus le vagin fait saillie, plus semble développé ce qu'on appelle la membrane hymen.

Mais comment expliquer les aspects divers qu'elle présente et qui ont été l'objet des descriptions minutieuses de la part de Ledru, Roze, Courty, etc... ? Si le canal vaginal vient s'ouvrir tout près du méat urinaire et s'il n'existe presque pas de tissu

entre les deux orifices urinaire et vaginal, l'hymen a la forme semi-lunaire ou celle d'un fer à cheval. Si l'orifice vaginal est au contraire situé plus bas, séparé de l'urèthre par une certaine bande de tissu, l'hymen a une forme circulaire.

Au fond d'une sorte d'infundibulum qu'on a considéré avec raison comme constituant le canal vulvaire, l'extrémité antérieure du vagin fait, avons-nous dit, une saillie très-marquée chez la petite fille; ses bords s'avancent de 4. 5, 6 millimètres et même plus. Si ces bords sont lisses et s'appliquent exactement l'un contre l'autre, l'orifice vaginal a l'aspect d'une fente verticale. Mais souvent, ces bords sont irréguliers, frangés, dentelés, et quand ils font une saillie très-marquée, pour peu qu'on les renverse en dehors, ils donnent l'aspect de la corolle d'une fleur.

Quand on examine l'orifice vaginal lui-même, on voit qu'il est parfois assez petit, d'autres fois au contraire, il est beaucoup plus large. Dans certains cas ses bords sont rigides, dans d'autres, ils présentent une souplesse, une dilatabilité qui étonne. Ces diverses particularités, qu'on constate aisément chez la petite fille, peuvent aussi être retrouvées chez la femme adulte. Ces dispositions anatomiques permettent d'expliquer facilement un certain nombre de phénomènes observés au moment des premiers rapports sexuels, pendant l'accouchement et après l'accouchement, lors de la formation des caroncules myrtiformes.

(A suivre).

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Le Dr Gautier (de Genève) dans une note publiée au mois de mai par les *Annales de gynécologie* sur la *Rougeole dans l'état puerpéral*, fait un appel aux médecins qui ont observé quelques

cas de ce genre. Je vous envoie en quelques lignes la relation de deux rougeoles qui se sont manifestées dans mon service de la Maternité aux mois de février et mars 1879.

Anna P..., âgée de 20 ans, est prise de rougeole à la fin du huitième mois de sa grossesse. Nous étions alors (février) en pleine épidémie. L'éruption se fait bien, mais, dès le début, les phénomènes du catarrhe des bronches prennent une très-grande intensité. Le 1er mars, après la cessation de l'exanthème, cette femme accouche d'un enfant mort peu de temps avant le travail, et ne présentant aucun symptôme de la maladie de sa mère. Bien que l'accouchée offre quelque amelioration dans son état pendant les deux jours suivants, elle succomba le 6 mars à l'asphyxie, résultat de la bronchite générale.

Valérie D..., âgée de 26 ans, accouche à terme, le 13 mars 1879, d'un garçon bien portant. Quatre jours après l'accouchement cette femme est prise de rougeole. Cette maladie suit ses phases sans complication apparente. Craignant la contagion pour les autres accouchées, je fais transporter cette femme dans une salle de malades, où elle succombe, le 4 avril, à une métro-péritonite, (1) dont les lésions ont été constatées par l'autopsie. L'enfant, qui, pendant la rougeole de sa mère, a été allaité par elle, a été atteint par la maladie une dizaine de jours après sa naissance ; il est aujourd'hui bien portant.

Je n'accompagne le récit de ces faits d'aucune réflexion : je ne les offre que comme renseignements peuvant servir à l'étude de la question.

Veuillez agréer, etc..

FRANCIS BLEYNIE
Chirurgien de la Maternité de Limoges.

(1) Il n'y a pas eu, à cette époque, d'autres malades dans les salles de la Maternité.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

De l'hystérectomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses utérines, par M. Tillaux. — Dans la séance du 29 octobre 1872, Demarquay lisait à l'Académie un rapport au nom d'une commission composée de MM. Richet et Demarquay, sur deux observations adressées en 1869 à l'Académie de médecine par M. Kœberlé, et sur un mémoire de M. Boinet ayant pour titre : *Gastrotomie dans le cas de tumeurs fibreuses utérines et péri-utérines.*

Dans ce rapport, Demarquay, se basant sur la gravité excessive de l'opération, repoussait l'ablation des tumeurs utérines par la gastrotomie. Il la repoussait si absolument que M. Richet, faisant partie de la commission, dut faire quelques réserves pour l'avenir. « L'opération dont il s'agit, dit-il, ne peut être dès aujourd'hui condamnée d'une manière absolue. »

La même année, dans la séance du 26 novembre, Demarquay aborde de nouveau cette question à la tribune de l'Académie, à propos d'une opération d'hystérotomie qu'il avait faite malgré lui et sans succès.

Il condamna de nouveau formellement cette opération et parut même n'être pas bien convaincu de la légitimité des cas publiés. Il mit en doute que la tumeur enlevée ait été réellement utérine. « Une tumeur fibreuse peut être enlevée, dit-il, sans qu'elle soit utérine. Quand un utérus contenant un corps fibreux considérable compromettant sérieusement la vie, aura été enlevé et présenté à cette tribune ou à la Société de chirurgie, le doute ne sera permis pour personne. »

Dans la séance du 20 mars 1877, M. Péan présenta des pièces qu'il considérait comme étant la matrice. Mais le fait fut contesté et renvoyé à l'examen d'une commission qui n'a pas encore fait son rapport.

En présence des cas assez nombreux publiés tant à l'étranger qu'en France dans ces dernières années, je ne crois pas, Messieurs, que

l'Académie puisse rester sous l'impression du rapport de Demarquay, et soit autorisée à repousser l'ablation des tumeurs fibreuses utérines par la gastrotomie, car les faits lui donneraient un démenti.

Je suis d'ailleurs en mesure de répondre aujourd'hui au desideratum de Demarquay et de vous présenter une véritable observation de tumeur fibreuse utérine enlevée par la gastrotomie, avec les pièces à l'appui et avec la malade guérie.

Sans doute il existe un grand nombre de tumeurs fibreuses qui gênent peu ou point la malade, et n'occasionnent que de légères modifications dans la santé; à celles-là il ne faut pas toucher. Mais lorsque la vie de la femme est immédiatement menacée, non-seulement on peut, mais à mon avis il faut agir.

Tantôt ce sont des hémorrhagies incessantes et rebelles, d'autres fois des douleurs intolérables, ou bien encore des phénomènes d'occlusion intestinale qui fournissent l'indication d'opérer, et l'indication est d'autant plus urgente que la femme est plus jeune et par conséquent plus éloignée de l'époque de la ménopause.

C'est à la première indication que j'ai obéi en opérant la malade, que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui, c'est-à-dire qu'elle était atteinte de métrorrhagie incoercible.

L'opération que j'ai pratiquée à cette femme est généralement désignée sous le nom d'*hystérotomie*. Cette dénomination ne rend pas suffisamment compte à mon sens du genre d'opération, car il veut dire seulement *incision* de l'utérus, telle qu'on la pratique, par exemple, dans l'opération césarienne, et non pas *ablation* de l'utérus. Je vous propose de la désigner sous le nom d'*hystérectomie* (de ἐκτομή, ablation), mot qui implique l'idée de l'ablation de tout ou partie de l'utérus.

Voici l'observation de ma malade :

Observation. — Joubert (Justine), trente-cinq ans, blanchisseuse, entre dans mon service à l'hôpital Beaujon, le 6 mars 1879, au numéro 5 de la salle Sainte-Agathe.

Cette malade n'accuse aucun antécédent diathésique, soit acquis, soit héréditaire.

Réglée à quatorze ans et demi, elle a eu pendant longtemps des époques très régulières. Devenue enceinte à l'âge de vingt ans, elle accoucha, en 1865, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vigla, d'un enfant actuellement vivant et bien portant. L'accouchement et les

suites de couches ne présentèrent rien de particulier, et elle quitta l'hôpital, parfaitement rétablie, au bout de quinze jours.

Aussitôt sortie, elle se remit au travail et se fatigua, dit-elle, beaucoup. Au retour menstruel, elle fut prise de douleurs abdominales très vives et rentra dans le service de M. Vigla, où l'on diagnostiqua une *pelvi-péritonite*. La malade resta deux mois à l'hôpital et sortit guérie.

A dater de ce moment elle jouit de sept années de bonne santé; puis, et sans cause appréciable, elle éprouva des poussées successives de pelvi-péritonite pour lesquelles elle entra, en juin 1874, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Hérard);

En mai 1875, à l'hôpital Beaujon (service de M. Moutard-Martin);

En février 1876, à l'hôpital Necker (service de M. Potain).

Son séjour dans chacun de ces services fut en moyenne de un à deux mois.

C'est après sa sortie de l'hôpital Necker que la malade vit ses règles devenir plus abondantes. Vers la fin de 1876, leur durée était de dix à douze jours. En même temps, elle s'aperçut qu'elle portait dans le bas-ventre *une grosseur*. Elle vint alors dans mon service à l'hôpital Lariboisière, et je constatai l'existence d'un *corps fibreux intra-utérin*. ayant le volume d'une grosse tête de fœtus environ.

La malade passe un mois dans mon service et de là fut au Vésinet. A sa sortie de cet asile, elle est de nouveau prise d'une métrorrhagie abondante pour laquelle elle entre dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker. Elle y est soumise à un traitement énergique qui reste sans grand effet. La métrorrhagie s'arrête au bout de vingt jours, et la malade quitte l'hôpital au bout de deux mois et demi pour reprendre son travail; mais les métrorrhagies deviennent de plus en plus fréquentes; les règles se prolongent pendant douze, quinze et même vingt jours. La tumeur abdominale a pris de plus grandes proportions et gêne considérablement la malade. De plus, dès que celle-ci se fatigue, les membres inférieurs s'œdématient, quelquefois même les membres supérieurs.

La santé générale s'altère rapidement et la malade tombe dans un état d'anémie extrême. Fréquemment elle a des éblouissements, des lipothymies et, quand elle monte un escalier, des bourdonnements d'oreille et des vertiges. C'est alors qu'elle entre à Beaujon le 6 mars 1879.

État actuel — La malade est très faible, profondément anémiée.

Les gencives, la conjonctive, la muqueuse vaginale sont presque exsangues. La peau est d'un blanc mat avec une teinte jaunâtre, plus marquée à la face.

En auscultant le cœur, on perçoit à la base et au premier temps un souffle doux et léger qui se prolonge sur le trajet des vaisseaux du cou. Le pouls est normal comme fréquence, mais faible.

Rien du côté des voies respiratoires.

A l'inspection de l'abdomen, on constate que cette région est extrêmement volumineuse, globuleuse, à tuméfaction centrale.

Le palper dénote l'existence d'une tumeur arrondie qui remonte à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic et le dépasse de chaque côté de 13 centimètres.

La tumeur est lisse, mate à la percussion, résistante au toucher et d'une dureté fibreuse. Elle se déplace facilement et en bloc sous la pression de la main ; — le déplacement semble se faire plus complètement de gauche à droite qu'en sens inverse.

La malade a constaté elle-même cette mobilité et nous dit que chaque matin, à son réveil, elle trouve la tumeur portée tout entière vers le côté sur lequel elle était couchée.

Il n'y a pas d'ascite.

Le col de l'utérus est porté fortement en avant et caché derrière la symphyse pubienne. Les culs-de-sac, le droit surtout, sont remplis par la tumeur, et il est facile de s'assurer que celle-ci fait absolument corps avec l'utérus.

Aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée.

L'état général est mauvais par suite de l'anémie dans laquelle la malade est tombée et qui ne fait qu'augmenter de jour en jour; l'amaigrissement est notable. De plus, la malade se plaint d'une céphalalgie assez intense et presque continuelle. Les urines sont très mal gardées. Dès qu'il en existe une quantité même très minime dans la vessie, leur évacuation devient urgente. Quant à leur composition, elles sont absolument normales et ne renferment ni sucre, ni albumine, etc.

L'appétit est excellent, la digestion bonne. Pas de constipation ; à part quelques vomissements bilieux, l'état gastro-intestinal ne laisse rien à désirer.

Les nuits sont bonnes ; pourtant souvent le sommeil est interrompu par suite de la gêne qu'occasionne la tumeur en se portant tout d'un

bloc de côté et d'autre, suivant le décubitus de la malade. Pas de gêne de la respiration ; apyrexie absolue.

L'écoulement de sang est abondant, le sang est d'un rouge vif et sans mélange d'écoulement muqueux utéro-vaginal.

La malade est mise au repos le plus absolu et à un régime aussi réparateur que possible jusqu'au 19 avril, époque à laquelle je me décide à pratiquer l'opération, que la malade réclame instamment chaque jour et accepte comme une délivrance. Le sang s'était arrêté le 10 avril.

La malade est mise à la diète le 17 avril, on la purge le lendemain avec 30 grammes d'huile de ricin, et l'opération est faite le 19 avril, à neuf heures du matin, avec l'assistance de mes collègues Lucas-Championnière, Marchand et Périer.

Opération. — La malade est transportée dans une chambre spéciale, au fond des jardins de l'hôpital Beaujon. Toutes les précautions d'usage pour les opérations de ce genre (petit nombre des assistants, température de l'appartement, aération, etc.) sont minutieusement prises. L'atmosphère de la chambre a été saturée à l'avance, à l'aide d'un pulvérisateur, de vapeurs phéniquées chaudes.

Les bistouris et autres instruments destinés à l'opération comme aussi les éponges ont été plongés dans une solution d'acide phénique au vingtième.

La malade est couchée sur le lit Mariaud, les membres inférieurs enveloppés de plusieurs couches de ouate, fixées avec une bande roulée. La vessie est vidée.

On anesthésie par le chloroforme. Je pratique sur le raphé médian de l'abdomen une incision allant de 1 centimètre environ au-dessous de l'ombilic jusqu'à 7 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. La paroi contient peu de tissu adipeux et peu de vaisseaux. J'arrive rapidement sur la tumeur, qui présente une coloration rouge vineux. Pas d'adhérences apparentes.

L'exploration directe de la tumeur démontrant que l'incision est insuffisante, je prolonge celle-ci de 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, en le contournant à gauche.

Les lèvres de la plaie étant écartées, on constate que la tumeur adhère un peu à droite à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, adhérences qui sont probablement le reliquat anatomique des nombreuses pelvi-péritonites de la malade.

Sur les côtés de la tumeur, nous reconnaissons les trompes, qui sont liées avec le catgut et divisées.

Les adhérences, peu fortes d'ailleurs, avec les ligaments larges, sont rompues graduellement par des tractions modérées. Quelques-unes d'entre elles, vasculaires, sont liées au catgut. La tumeur est bientôt tout à fait libre et peut être attirée d'arrière en avant à travers l'ouverture de la paroi abdominale.

Je la transperce alors d'arrière en avant avec une broche courbe mesurant 14 millimètres de circonférence. J'introduis la broche aussi bas que possible, en rasant la symphyse pubienne. Une anse de fil de fer est engagée sous la broche et solidement serrée à l'aide du ligateur Cintrat.

Pour plus de sécurité, je transperce la tumeur à 2 centimètres au-dessus de cette première ligature avec deux autres broches plus petites, disposées en croix. Au-dessous de cette seconde transfixion est passée une seconde anse métallique. La section est pratiquée d'un seul coup, à 2 centimètres environ au-dessus des broches superficielles. La toilette du péritoine, les sutures et le pansement sont faits avec les précautions usitées pour l'ovariotomie.

Le pédicule ayant la largeur de la paume de la main fut fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Le pourtour de la plaie est lavé avec une solution phéniquée au quarantième. On place au-dessous des broches, de crainte qu'elles ne lèsent la peau, des carrés de gaze phéniquée imbibés de la solution au quarantième. On en dispose également une couche assez épaisse sur le pédicule: Toute la portion sus-pédiculaire de la plaie est recouverte de protective, et par dessus le tout on place une grande pièce de pansement recouvrant tout l'abdomen, et constituée par huit doubles de gaze phéniquée, entre lesquels est intercalé un morceau de Macintosh de mêmes dimensions. Par-dessus ce pansement, d'épaisses couches d'ouate, et par-dessus les couches d'ouate, un bandage de corps en flanelle légèrement compressif.

La malade est portée dans son lit, préalablement chauffé. On la couche sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Elle est maintenue dans cette position à l'aide d'un coussin assez volumineux, placé sous les jarrets.

L'opération a duré en tout une heure et quart.

La malade revient parfaitement à elle-même; elle est toute joyeuse et demande à voir « cette diablesse de grosseur qui lui a causé tant

d'ennuis ». On prescrit une demi-bouteille de Champagne, rhum et consommé.

Le 20 *avril* (2e jour). — La malade se trouve très bien et n'a aucunement souffert. Elle urine bien, les urines (normales) sont parfaitement gardées. La nuit a été bonne (quatre heures de sommeil). On ne touche pas au pansement. Mêmes prescriptions. Température : 37 degrés ; 78 pulsations.

Le 21 *avril* (3e jour).— État toujours très bon, pas l'ombre de douleur.

Un peu d'énervement. On supprime le champagne. Le pansement est laissé en place. Température : 38 degrés matin ; 38°,3 soir ; 80 pulsations.

Le 22 *avril* (4e jour). — L'énervement de la malade a cessé avec l'usage du champagne. Elle est très gaie, a bien dormi ; l'état gastro-intestinal ne laisse rien à désirer. On enlève le premier pansement : la peau est blanche, l'affrontement des bords de la plaie très exact. En bas, le pédicule se présente sous la forme d'un moignon rougeâtre étalé comme un champignon. Aucune trace d'inflammation. Même pansement. Pendant toute la durée de ce pansement comme des suivants, on a eu le soin de saturer l'atmosphère ambiant de vapeurs phéniquées froides, à l'aide du vaporisateur Charrière et d'en projeter pendant quelques minutes le courant sur l'abdomen de la malade. Température : 39 degrés matin ; 39°,2 le soir ; 96 pulsations.

Le 23 *avril* (5e jour). — Même pansement. La malade est de plus en plus gaie, n'éprouvant aucune douleur, et se trouvant, dit-elle, beaucoup mieux qu'avant l'opération. Elle n'a eu que trois réveils pendant la nuit. La température est tombée à 37 degrés ; elle remonte le soir à 39 ; 90 pulsations.

Le 24 *avril* (6e jour). — Température : 38°,3 matin ; 38°,8 soir ; 120 pulsations.

Un seul réveil pendant la nuit ; état excellent. Le pédicule a pris un aspect gris rougeâtre, et il existe une petite douleur limitée au moignon utérin, indice probable d'un commencement de travail d'élimination. Rhum, tapioca.

Le 25 *avril* (7e jour). — Température : 38°,6 matin ; 38°,8 soir ; 112 pulsations.

Nuit absolument calme. Sommeil plein. Selles abondantes, normales. Quelques petits picotements dans le moignon. Rhum, houblon comme tisane. Tapioca, cotelette, bordeaux.

Le 26 *avril* (8e jour). — Température : 38°,6 matin ; 38°,8 soir ; 92 pulsations.

Quelques petites douleurs ; un peu de suppuration. La malade a bien dormi et se trouve très bien. Même régime. La plaie est réunie dans toute sa longueur par première intention.

Le 27 *avril* (9e jour). — L'état de la malade est toujours excellent ; toutefois ses douleurs, d'ailleurs localisées au pédicule, sont un peu plus fortes. La suppuration est plus abondante, le pourtour du pédicule est en voie d'élimination. Température : 37°,8 matin ; 38°,6 soir; 96 pulsations.

Le 28 *avril* (10e jour). — Même *statu quo*. Bifteck, œuf à la coque, pot de crème, pomme cuite, bordeaux. Température : 37°.7 matin ; 38°,4 soir ; 94 pulsations.

Le 29 *avril* (11e jour). — La malade a eu pendant la nuit (vers minuit et demi) une petite hémorrhagie (d'environ 100 grammes de sang), qui s'est arrêtée spontanément. Cette hémorrhagie, qui semble avoir eu pour origine la partie inférieure du pédicule, est survenue à la suite d'efforts que faisait la malade, un peu constipée, pour aller à la selle. Il faut songer aussi que nous sommes au moment indiqué par la malade comme étant celui de son époque menstruelle. La malade se trouve d'ailleurs toujours très bien. Température : 37°,8 matin ; 38 degrés soir ; 102 pulsations.

On ne change pas le pansement et l'on prescrit : un lavement simple, l'immobilité *absolue*, même régime.

On met une plaque de carton à la portée de la malade, en lui recommandant d'exercer une compression méthodique sur son abdomen avec cette plaque dans le cas où l'hémorrhagie reparaîtrait.

Le 30 *avril* (12e jour).— On change le pansement. Tout le pourtour du pédicule est sphacelé. Au centre; on aperçoit une partie d'un blanc rosé : ce sont des vestiges de fibrome. Même pansement, même régime. Température du matin : 38°,4.

A 11 heures du matin, nouvelle hémorrhagie d'environ 250 gr., qui s'est arrêtée par la compression que la malade a exercée elle-même sur son abdomen. On défait le pansement : le pédicule est recouvert par un gros coagulum (l'hémorrhagie provient de la partie supérieure du pédicule au point d'émergence de la grosse broche). On exerce une compression en masse avec des plaques graduées d'amadou imbibé de la solution phéniquée au quarantième.

La malade est pâle, défaillante, elle a quelques petits frissons, le

pouls est faible ; en un mot elle est sous le coup d'une syncope. Un verre de bordeaux, rhum ; la malade se remonte un peu. A 1 heure de l'après-midi, troisième hémorrhagie qui se produit heureusement pendant la visite de l'interne de garde ; aussi est-elle arrêtée instantanément : il n'y a eu que très peu de sang de perdu. Même pansement, mais plus compressif. Le soir : 39°,5 ; 140 pulsations.

Le 1er *mai* (13e jour). — La malade est revenue à peu près à son état habituel, mais la nuit a été agitée, la soif vive. La température du matin est de 39°,6 ; il y a 124 pulsations. On enlève le pansement. Sous l'influence de la compression, le pédicule est revenu sur lui-même, il est comme tassé. M. Tillaux décide de suspendre le pansement de Lister et badigeonne tout le pédicule avec du perchlorure de fer pur. Il passe ensuite sur toute la surface et sur le pourtour du pédicule des petits tampons d'amadou imbibé de perchlorure de fer pur. Plusieurs larges plaques d'amadou sont surajoutées ; par-dessus, on dispose un gros gâteau de charpie et le tout est comprimé assez fortement à l'aide d'un bandage de corps en flanelle. On prescrit une potion avec 4 grammes d'ergotine et 20 centigrammes de poudre de digitale.

Le soir, la malade se trouve beaucoup mieux ; elle supporte parfaitement la compression et a mangé de très bon appétit. La température est tombée à 38°,2 ; le nombre des pulsations à 96.

Le 2 *mai* (14e jour). — Nuit très bonne. Même pansement. Le pédicule est comme momifié. Pas de douleurs. Un peu de constipation. Lavement. Bifteck, asperges, bordeaux. Température : 38°,2 matin : 39°,4 soir ; 100 pulsations.

Le 3 *mai* (15e jour). — Un peu de sécheresse de la gorge. Il s'est produit un petit suintement de sang par le vagin, absolument semblable, dit la malade, à celui qu'elle remarquait lorsque ses règles étaient sur le point de s'arrêter. Température : 37°,6 matin ; 38 degrés soir ; 98 pulsations. Pansement : amadou sans perchlorure.

Le 4 *mai* (16e jour). — Température : 37°,4 matin ; 37°,9 soir ; 87 pulsations. Le suintement sanguinolent continue, mais faiblement. Un peu de dysphagie.

Le 5 *mai* (17e jour). — L'écoulement vaginal a cessé. Plus de dysphagie. Etat excellent. Suppuration assez abondante sur la partie latérale droite du pédicule dont les bords semblent sur le point de se séparer de la partie centrale. Température : 37°4 matin ; 38 degrés soir ; 90 pulsations.

Le 6 *mai* (18e jour). — M. Tillaux enlève l'une des petites broches et excise avec des ciseaux courbes une grande partie du pourtour pédiculaire peu adhérent et racorni par le perchlorure. Température : 37°,4 le matin ; 38°,3 soir : 80 pulsations.

Le 7 *mai* (19e jour). — On achève d'enlever le pourtour du pédicule (partie intérieure). On retire la seconde petite broche, et trois points de suture superficielle.

Température : 37°,4 matin ; 37°,4 soir ; 80 pulsations.

Le 8 *mai* (20e jour). — On enlève la grosse broche, les deux fils de fer qui enserraient le pédicule, les six points de suture profonde et les deux points de suture superficielle restants.

La place occupée par le pédicule présente un aspect ombiliqué. Léger écoulement sanguin déterminé par le froissement des bourgeons charnus.

Température : 37°,2 matin ; 37°,4 soir ; 80 pulsations.

Le 9 *mai* (21e jour). — Le moignon se rétracte de plus en plus, et l'ouverture se rétrécit davantage formant comme un tout petit puits où s'accumule le pus et au fond duquel on aperçoit un mamelon gris rose constitué par les derniers vestiges du fibrome. On comble la dépression avec un tampon de charpie imbibée de la solution phéniquée au quarantième.

Par-dessus un gâteau de charpie et le bandage de corps en flanelle.

Température : 37°,8 matin ; 37°,6 soir ; 75 pulsations.

L'état général et local de la malade se maintient très bon. Dans les jours suivants, la dépression pédiculaire se rétrécit de plus en plus, tout en suppurant assez abondamment. On cesse de prendre le pouls et la température.

Le 13 *mai* (25e jour). — On change la malade de lit.

Le 14 *mai* (26e jour). — Elle est transportée dans la salle commune.

Le 18 *mai*, on commença à la lever et à l'asseoir dans un fauteuil ; le 24 on enlève l'appareil ouaté qui protégeait les membres inférieurs ; et le 25 on l'autorise à se promener.

Depuis, son état n'a fait que s'améliorer de jour en jour, Elle a considérablement engraissé ; son visage a pris des couleurs, le souffle anémique a disparu. Elle se lève du matin au soir et n'éprouve pas la moindre gêne, pas la moindre douleur.

L'ombilic pédiculaire s'est graduellement rétréci et aujourd'hui (25 juillet), ce n'est plus qu'un petit trajet fistuleux qui suppure

encore un peu. Aussi M. Tillaux, pour modifier la surface suppurante et hâter l'obturation de la fistule, y fait, depuis quelques jours, des instillations d'une solution de teinture d'iode au cinquième.

Notons, comme particularité, que le 15 juin la malade a eu, sans cause appréciable, de l'œdème des deux jambes (malléolaire surtout) avec un peu de douleur le long des veines saphènes. Repos au lit, friction avec le liniment chloroformé. Ouate autour des jambes ; la malade se lève guérie le 10 juillet.

Quant aux époques menstruelles, leur retour a déterminé quelques phénomènes particuliers. Le 30 mai, la malade est énervée, souffrante. Quelques douleurs lombaires, un peu de céphalalgie. Le 1er juin, les grandes lèvres sont tuméfiées et hyperesthésiées. Cet état dure jusqu'au 13 juin et disparaît comme il était venu. Il n'y a aucun écoulement par le vagin.

Rien pendant le mois de juin.

Le 11 *juillet*. — Un peu de courbature et un écoulement sanguin, très peu abondant, par le vagin. Cet écoulement dure encore deux jours ; il a cessé le 14 juillet.

Le 8 *août*. — Céphalalgie, lassitude les jours précédents ; l'écoulement sanguin apparaît un peu plus abondant que les fois précédentes, il dure jusqu'au 11 août.

Septembre — La plaie se ferme peu à peu, et la suppuration diminue de plus en plus ; l'occlusion est complète le 15 septembre.

Les règles continuent et se montrent avec la même régularité.

(*Septembre*, puis *octobre*). — Les mêmes phénomènes précurseurs et la même quantité de sang rendus.

Examen anatomique. — L'examen anatomique et histologique de la tumeur confirme le diagnostic : la tumeur est bien un *fibrome utérin*.

Le fibrome s'est développé sous la muqueuse dans *la paroi latérale gauche de l'utérus* ; il a graduellement *refoulé* à droite la cavité utérine, d'une part, et *distendu* la paroi du côté gauche, d'autre part.

Çà et là on remarque des *tractus* qui relient fortement le fibrome à la paroi de l'utérus, dans laquelle il est englobé. Dans certains points, notamment au niveau de la paroi postérieure de l'utérus, la fusion est assez intime. Ce sont toutes ces adhérences qui ont maintenu le corps fibreux en place, et ne lui ont pas permis de venir faire saillie dans le vagin, comme on l'observe dans les fibromes dits *sous-muqueux*.

De plus, l'utérus a subi *un mouvement de bascule* en vertu duquel la

trompe gauche a été portée en *bas* et en *avant*, et la trompe droite au contraire en *haut* et en *arrière*.

La *paroi utérine* mesure 12, 15 et 16 millimètres à droite, et 8, 9 et 10 millimètres au plus dans la portion de l'utérus que distend le fibrome.

Quant à la *cavité utérine* elle mesure (en tenant compte du relief que forme le corps fibreux dans son intérieur) :

14 centimètres dans le sens vertical (de sa partie supérieure à la surface de section) ; 10 centimètres dans le sens transversal ; 11 centimètres 1/2 d'une trompe à l'autre.

Le *fibrome* est blanchâtre ; il semble constitué par des masses lobulées, accolées les unes aux autres et ne présente rien de particulier, comme structure, comme consistance, aspect extérieur.

La *masse fibro-utérine*, absolument lisse, a dans son ensemble une forme arrondie, légèrement ovoïde, à grand diamètre vertical.

Elle a comme dimensions :

49 centimètres de circonférence ; 16 centimètres dans son diamètre vertical ; 15 centimètres dans son diamètre transversal ; 14 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

Son poids est de 2 kil., 475 gr.

Conclusions. — La gastrotomie, appliquée à l'extirpation des tumeurs utérines, ou *hystérectomie*, est une opération qui mérite de prendre rang dans la pratique chirurgicale.

Elle trouve ses principales indications :

1° Lorsque des hémorrhagies continuelles, ayant résisté aux traitements ordinaires, menacent immédiatement la vie de la malade, surtout si la femme est encore jeune.

2° Lorsque la tumeur détermine des douleurs intolérables et persistantes.

3° Lorsqu'elle donne lieu, par compression, à des phénomènes d'occlusion intestinale.

DISCUSSION.

M. Duplay : je partage complètement l'opinion de M. Tillaux, relativement à l'opération qu'il vient de présenter. J'ai, moi-même, pratiqué l'ablation partielle de l'utérus pour un fibrome, et, si l'Académie le désire, je lui communiquerai cette observation dans sa prochaine séance.

M. Dechambre : Je ferai observer que le mot *hystérectomie* signifie dissection de l'utérus au dehors, et non ablation. Je préférerais la dénomination beaucoup plus simple et plus française d'ablation de l'utérus.

M. Tillaux : d'après Littré, le mot grec ἐκτομή signifie bien ablation.

M. J. Guérin : M. Tillaux a dit au cours de sa communication que les règles avaient reparu chez son opérée. Il serait intéressant d'avoir plus de détails sur ce côté physiologique de son opération, qui est tout à la fois une expérience précieuse et un remarquable résultat pratique. Ainsi, les règles sont-elles revenues avec régularité; quelle en a été la quantité et la qualité; d'où venaient-elles; quelle voie ont-elles suivie? Peut-être même M. Tillaux pourrait nous dire si son opérée, mariée, a contracté de nouveaux rapports conjugaux, quels en ont été les préliminaires et les résultats.

M. Tillaux : Les règles sont revenues régulièrement, mais en petite quantité.

Quant aux rapports sexuels, ils n'ont pas eu lieu depuis l'opération.

(Séance du 14 octobre 1879, *Bull. de l'Académie de médecine.*)

VARIÉTÉS

La librairie Reinwald vient de mettre en vente la première livraison de l'important ouvrage de M. A. Kolliker, professeur d'anatomie à l'Université de Wurzbourg, publié sous le titre : *Embryologie ou Traité complet du développement de l'Homme et des Animaux supérieurs*, et qui formera un volume grand in-8° de plus de 1,000 pages avec 606 gravures sur bois intercalées dans le texte.

Ce traité d'Embryologie est trop important, les observations et les recherches de son célèbre auteur sont trop récentes pour qu'il ne doive pas être mis le plus tôt possible à la portée de nos savants, de nos médecins et de nos étudiants français, par une traduction fidèle et l'emploi des figures identiques dessinées sous les yeux de l'auteur et reproduites avec une grande finesse par la gravure sur bois.

C'est donc une bonne fortune pour nos savants et nos Universités que le professeur Kolliker ait bien voulu consentir à la traduction de son ouvrage et à collaborer à l'édition française, en l'enrichissant d'observations nouvelles et de notes qui n'ont pu trouver place dans l'édition allemande.

La traduction a été confiée par l'auteur et les éditeurs à M. Aimé Schneider, professeur à la Faculté des sciences de Poitiers, bien connu des savants français et étrangers par ses travaux publiés dans les *Archives de Zoologie expérimentale et générale*. Elle sera faite sous les auspices de M. de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut, avec une préface de l'éminent savant.

Pour la commodité des souscripteurs, le *Traité d'Embryologie* de A. Kolliker sera publié en 10 cahiers mensuels de 6 feuilles environ, format grand in-8°. Chaque cahier sera du prix de 2 fr. 50. En prenant le premier cahier, on s'engage pour l'ouvrage entier et on payera d'avance le 10e cahier (dernier), qui sera livré gratis, de manière que l'ouvrage entier ne surpassera pas le prix de 25 francs pour les souscripteurs.

Toutes les mesures sont prises pour qu'une marche rapide et ininterrompue de la publication en assure l'achèvement autant que possible dans l'espace d'une année.

Après la publication de l'ouvrage entier, son prix sera augmenté et fixé à 30 francs.

Cours théorique et pratique d'accouchements, par MM. Porack et Loviot. S'adresser pour tous les renseignements 10, rue Hautefeuille, de 4 à 5 heures.

Policlinique de chirurgie des femmes du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29. — Le jeudi, à neuf heures : consultations auxquelles sont admis les élèves inscrits.

A onze heures : leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

La première leçon a eu lieu le jeudi 6 novembre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Zur Lehre von den Gerchwulsten eer Körpers der Gebärmutter, avec une planche, par Wilischanin (*Arch. f. Gyn.*, id., p. 164). Cette tu-

meur est désignée sous le nom de *Lymphoma malignum hæmorrhagicum uteri.*

Torsion fibröser uterus polypen. (*De la torsion comme mode de traitement des polypes utérins*), par ELLINGER (*Arch. f. Gyn.*, id., p. 171). Trois observations.

Encéphalocèle occipital de grandeur insolite, par SANGER (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 309).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par T. GALLARD, médecin de la Pitié. Seconde édition, revue et augmentée. Paris, 1879, in-8, VI-1000 p. avec 158 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 14 fr.

Sopra un caso di riduzione spontanea di rovesciamento uterino, par le Dr GRASSI. Extrait du *Sperimentale*.

Della rottura del sacco amniotico durante la gravidanza, par le Dr GRASSI. Extrait de l'*Imparziale*, 1878.

Etude sur l'exploration et la sensibilité de l'ovaire et en particulier de la douleur ovarique chez la femme enceinte, par le Dr CHAIGNOT. — J.-B. Baillière, éditeur. Th. de Paris, 1879.

De quelques modifications dans l'opération du bec-de-lièvre chez les enfants à la mamelle, par le Dr ROBERT SAINT-CYR (Victor). Th. de Paris, 1879.

De l'action utérine des eaux de Saint-Sauveur, par le Dr CAULET. Extrait des *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. XXIV.

La vérité sur les tours, par le Dr DELORE. Paris, 1879. — Delahaye, éditeur.

Ueber das verhalten der Samenfäden in den geschlechtsorganen des weibes, par le Dr HAUSSMANN, de Berlin. — Hirschwald, éditeur, 68, unter den Linden. Berlin, 1879.

Die Wanderniere und ihre chirurgische Behandlung, par le Dr KEPPLER. Extrait des *Langenbeck's archiv*, Bd. XXIII. — Hirchwald, éditeur. Berlin, 1879.

Manuel de la garde-malade et de l'infirmière, publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE, par MM. BLONDEAU, LE BOYER, Ed. BRISSAUD, H. DURET, G. MAUNOURY, MONOD, POIRIER, P. RÉGNARD, SEVESTRE et P. YVON, rédacteurs du *Progrès médical*.

Ouvrage formant 3 volumes in-16.

1er volume : *Anatomie et physiologie*, 180 p., 8 fig. : 2 fr.

2e volume : *Pansements*, 316 p., 60 grav. : 3 fr. 50.

3e volume : *Administration des médicaments*, 160 p. : 2 fr.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1879.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA MENSTRUATION A MARSEILLE ET DANS LES BOUCHES-DU-RHONE.

Par les Drs A. Queirel et Jules Rouvier (de Marseille).

Mémoire présenté et lu au Congrès scientifique de Montpellier, le 4 septembre 1879.

Malgré son importance au point de vue de la population, le département des Bouches-du-Rhône n'a fourni qu'un petit nombre de documents relatifs à l'histoire de la menstruation.

Il n'existe à ce sujet que deux statistiques fort incomplètes, l'une de Marc d'Espine basée sur 25 observations, et l'autre de Bernard sur 106. Aussi les moyennes adoptées dans la science pour notre contrée ont-elles été établies sur des données tout à fait insuffisantes. Ces divers motifs nous ont engagés à reprendre cette étude.

I

PUBERTÉ.

Nos recherches ont porté sur 258 femmes, nées pour la plupart à Marseille, au moins dans les Bouches-du-Rhône, de parents ayant la même origine.

On sait que Marseille est sous 43°17'52" de latitude et a pour température moyenne 14°75.

Chez les 258 femmes que nous avons interrogées, la puberté, ou plutôt la première éruption des règles s'est manifestée de 10 à 22 ans. Une seule d'entr'elles, quoique bien conformée n'avait jamais eu ses règles. Si nous résumons dans un tableau, les principaux âges, auxquels correspond la première apparition du flux menstruel, nous trouvons qu'elle a son maximum de fréquence à 14 ans. Puis viennent les autres âges dans l'ordre suivant ; 13 ans, 15, 11, 12, 18, 16 et 17, 12 1/2, 13 1/2, 14 1/2, 19 et 11 1/2, 10 1/2, 10 ans 2 mois, 10, 16 1/2, 19 1/2, 20 et 22.

Numéros.	Ages.	Nombre de cas.	Proportion par 1000.
14	10 ans	1	3,8
13	10 ans 2 mois	2	7,7
12	10 » 7 »	3	11,6
4	11 »	26	101
11	11 » 6 »	5	19
5	12 »	21	81,7
8	12 » 6 »	10	38
2	13 »	45	175
9	13 » 6 »	9	34,8
1	14 »	47	183
10	14 » 6 »	6	23
3	15 »	28	109
7	16 »	14	54,5
14	16 » 6 »	1	3,8

Nos	Ages.	Nombre de cas.	Proportion par 1,000.
7	17 »	14	54,5
14	17 » 6 »	1	3,8
6	18 »	16	62
11	19 »	5	19
14	19 » 6 »	1	3,8
14	20 »	1	3,8
14	22 »	1	3.8
14	jamais.	1	3,8

Comme il est facile de s'en assurer, l'âge moyen de la puberté dans les Bouches-du-Rhône est 13 ans 8 mois 4 jours.

Nous ne différons donc pas notablement de l'âge moyen, admis dans la science d'après les 2 statistiques réunies de Marc d'Espine et Bernard. Cet âge en effet est 13 ans, 7 mois et 24 jours d'après le tableau de leurs 131 observations.

Ages.	Nombre de cas.	Proportion par 1,000.
10 ans	3	23
11 »	14	107
12 »	21	166
13 »	27	206
14 »	24	183
15 »	21	160
16 »	14	107
17 »	2	15
18 »	4	31
19 »	»	»
20 »	1	8

En réunissant à nos 258 observations les 25 de Marc d'Espine, et les 106 de Bernard, nous trouvons d'après un total de 399 observations un âge moyen de 13 ans et 8 mois.

Ce chiffre se rapproche sensiblement de celui qui a été admis pour les villes voisines de Marseille, Toulon, Nîmes, Montpellier. Voici en effet l'âge moyen de la puberté dans ces dernières villes : pour Toulon, 144 femmes, 14 ans 5 jours, pour Montpellier, 599 femmes 14 ans 1 mois 26 jours; pour Nîmes, 941 femmes 14 ans 3 mois 2 jours.

Or, notons que Marseille, Toulon, Nîmes et Montpellier sont toutes quatre par le 43[e] degré de latitude et qu'il n'y a entre elles qu'une différence de quelques minutes.

Sur les 258 femmes observées 52 appartiennent à la classe aisée. Elles ont été réglées pour la première fois :

1	à	10 ans	2	mois
	à	10 »	7	»
7	à	11 »		
2	à	11 »	6	»
2	à	12 »		
1	à	12 »	6	»
11	à	13 »		
4	à	13 »	6	»
13	à	14 »		
2	à	14 »	6	»
2	à	15 »		
2	à	16 »		
1	à	18 «		
1	à	19 »		
1	à	19 6		
52				

L'âge moyen de la puberté d'après ce tableau est donc 13 ans 4 mois 7 jours pour la classe aisée.

Si nous recherchons maintenant l'âge moyen dans les classes laborieuses nous trouvons que ces 206 femmes ont été réglées :

1	à	10 ans		
1	à	10 »	2	mois
1	à	10 »	7	»
19	à	11 »		
3	à	11 »	6	»
19	à	12 »		
9	à	12 »	6	»
34	à	13 »		
5	à	13 »	6	»
34	à	14 »		

4	à	14 »	6 »	
26	à	15 »		
12	à	16 »		
1	à	16 »	6 »	
14	à	17 »		
1	à	17 »	6 »	
15	à	18 »		
4	à	19 »		
1	à	20 »		
1	à	22 »		
1		jamais.		

L'âge moyen de la puberté dans la classe laborieuse est donc 14 ans 1 mois 15 jours, ce qui constitue un écart de 9 mois en faveur de la classe aisée. Leudet s'occupant des mêmes recherches pour Rouen avait trouvé un écart beaucoup plus considérable 1 an et 2 mois au lieu de 9 mois.

Sur ces 206 femmes de la classe ouvrière, 41 sont paysannes et habitent la campagne. Le premier flux menstruel s'est manifesté chez

1	à	11 ans.	
1	à	11 »	6 mois.
4	à	12 »	
4	à	12 »	6 »
9	à	13 »	
2	à	13 »	6 »
6	à	14 »	
8	à	15 »	
3	à	16 »	
2	à	17 »	
1	à	17 »	6 »

Ce qui nous donne pour les femmes de la campagne un âge moyen de 13 ans 9 mois et 24 jours alors que l'âge moyen des 165 ouvrières de la ville est seulement 14 ans un mois et 23 jours.

En résumé, les femmes de la classe aisée sont plus précoces

que les autres, probablement à cause des meilleures conditions hygiéniques de leur existence.

Après viennent les femmes de la campagne qui se trouvent comme les ouvrières des villes dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques comme nourriture et habitation, mais ont sur ces dernières l'avantage de respirer un air plus pur, et d'être employées à des travaux plus salutaires pour la santé.

En dernier lieu se placent les ouvrières de la ville dont la vie se passe en général dans un milieu hygiénique des plus détestables.

II

DURÉE DE L'ÉCOULEMENT MENSTRUEL.

Sur les 258 femmes de notre statistique 229 avaient régulièrement leurs règles tous les mois. Sur ce nombre

13	perdaient	pendant	1	jour.
2	»	»	2	»
68	»	»	3	»
40	»	»	4	»
20	»	»	5	»
14	»	»	6	»
7	»	»	7	»
38	»	»	8	»
4	»	»	10	»
1	»	»	15	»

Si nous classons suivant l'ordre de fréquence ces jours, nous trouvons que la majeure partie des femmes à Marseille perd pendant 3 jours, après viennent successivement 4 jours, 8 jours, 5 jours, 6 jours, 1 jour, 7 jours, 10 jours, 2 jours et 15 jours. La durée moyenne de l'écoulement menstruel dans notre département serait de 4 jours et 1,2. Sur ces 229 femmes 5 étaient réglées tous les 15 jours, pour les autres la période intercalaire variait en général de 25 à 28 jours.

Nous avons rencontré 6 fois sur 258 femmes des déviations menstruelles ou des phénomènes supplémentaires.

Il nous a paru intéressant de rechercher, la durée moyenne de la période cataméniale, suivant chaque tempérament, chez 166 femmes dont l'état général était bon, et pour lesquelles nous avions pu prendre des notes sur ce point.

Sur ces 166 femmes :

29	avaient un	tempérament	sanguin.
57	»	»	lymphatique.
17	»	»	nerveux.
5	»	»	bilieux.
35	»	»	lymphatico-sanguin.
23	»	»	lymphatico-nerveux.

Sur les 29 à tempérament sanguin :

1	perdait	2	jours.
14	»	3	»
7	»	4	»
1	»	5	»
3	»	6	»
3	»	8	»

La durée moyenne de la perte est chez ces 29 femmes 4 jours.

Sur les 57 femmes à tempérament lymphatique

4	perdaient	1	jour.
7	»	2	»
20	»	3	»
4	»	4	»
6	»	5	»
6	»	6	»
1	»	7	»
8	»	8	»
1	»	10	»

La durée moyenne de la perte chez ces 57 femmes est de 4 jours 6 heures.

Sur les 17 à tempérament nerveux :

1	perdait	1	jour.
2	»	2	»
5	»	3	»
4	»	4	»
1	»	5	»
4	»	8	»

La durée moyenne de la perte chez ces 17 femmes est 4 jours 7 heures.

Sur les 5 femmés à tempérament bilieux :

1	perdait	1	jour.
2	»	3	»
2	»	8	»

Chez ces 5 femmes la durée moyenne de la perte est 4 jours 14 heures.

Sur 35 femmes à tempérament lymphatico-sanguin.

1	perdait	1	jour.
5	»	2	»
10	»	3	»
10	»	4	»
3	»	5	»
1	»	7	»
6	»	8	»

Chez 35 femmes la durée moyenne de la perte est 4 jours 7 heures.

Sur 23 femmes à tempérament lymphatico-nerveux :

1	perdait	1	jour.
2	»	2	»
10	»	3	»
3	»	4	»
1	«	5	»
1	»	6	»
2	»	7	»
3	»	8	»

Chez ces 23 femmes la durée moyenne de la perte est 4 jours 4 heures.

On peut donc conclure de nos recherches que lá durée moyenne de la perte est à peu près la même pour les différents tempéraments.

III

MENOPAUSE.

Sur les 258 femmes de notre statistique 44 avaient franchi l'époque de la ménopause.

Sur ce nombre :

2	avaient	cessé	d'être	réglées à	32	ans	
2	»	»	»	»	33		
1	»	»	»	»	35		
1	»	»	»	»	36		
1	»	»	»	»	38		
1	»	»	»	»	40		
1	»	»	»	»	41		
3	»	»	»	»	42		
2	»	»	»	»	43		
4	»	»	»	»	44		
1	»	»	»	»	45		
2	»	»	»	»	45		6 mois.
3	»	»	»	»	46		
6	»	»	»	»	47		
5	»	»	»	»	48		
2	»	»	»	»	49		
3	»	»	»	»	50		
2	»	»	»	»	52		
1	»	»	»	»	54		
1	»	»	»	»	57		

D'après ces 44 femmes l'âge moyen de la ménopause à Marseille, serait 46 ans 11 mois 17 jours.

Dans la classe aisée l'âge moyen d'après 7 femmes est 45 ans

2 mois et 17 jours et dans la classe laborieuse d'après 37 femmes 47 ans 3 mois 17 jours.

L'âge de la première apparition des règles ne paraît pas exercer une influence notable sur la ménopause comme on peut s'en assurer par le tableau suivant.

Age de la ménopause.	Nombre de cas.	Age de la puberté.
32 ans	2	11 ans, 14 ans
33 »	2	12 » 17 »
35 »	1	13 » 6 mois
36 »	1	14 »
38 »	1	13 »
40 »	1	13 »
41 »	2	16 » 14 ans
42 »	2	11 » 18 »
43 »	2	15 » 15 »
44 »	4	15, 13, 12 1/2, 12 ans
45 »	1	15 ans
45 » 6 mois	2	15 » 15 ans
46 »	3	15, 16, 18 »
47 »	6	11, 14, 14, 13, 14, 15 ans
48 »	5	11, 13, 14, 15, 17 ans
49 »	2	12 1/2, 14 ans
50 »	3	11, 11, 12 »
52 »	2	12, 17 ans
54 »	1	14 ans
57 »	1	14 »

Parvenus aux limites que nous nous étions tracées, nous devons regretter de n'avoir pas eu en main des éléments plus importants de statistique. Nous avons eu à lutter contre une difficulté très grande ; nous étant renfermé dans un cadre restreint, nous avons dû éliminer de nos recherches toutes les femmes étrangères à notre ville, et Dieu sait si le nombre en est considérable. Malgré cela, nous croyons avoir contribué bien que faiblement à élucider quelques points encore mal connus de la question, et nous trouvons dans cette conviction la récompense de notre travail.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE SUIVIE DE L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE, OU OPÉRATION DE PORRO (*professeur à l'Université de Pavie.*)

Par le Dr Ad. Pinard.
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

(SUITE) (1).

DE L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE.

Historique.

Il y a bien longtemps déjà que fut conçue l'idée de pratiquer l'amputation de l'utérus après l'opération césarienne.

D'après le professeur Muller de Berne (2) Cavallini enlevait en 1769, la matrice à des animaux en état de gestation et pen-

ERRATA. — Les principales fautes d'impression du dernier article doivent être corrigées de la façon suivante :

Pages	*ligne*	*au lieu de :*	*lire :*
322	20e	Guillaume	Guillemeau.
323	17e	dernière	date.
331	7e	cépbaloptricie	céphalotripsie.
332	23e	tuer	tirer.
333	26e	supprimer	anciennes.
335	2e	en trouvera	entraînera.
335	14e	obstrique	obstétrique.
336	1re note	Verneuil	Vermeil.
337	13e	symphynotomie	symphyséotomie.
349	10e	supprimer le renvoi après Stolp et reporter le dernier ou 8e à la page suivante après : de la gastro-élytrotomie.	

(1) Voy. *Ann. de Gyn.*, novembre 1879.

(2) *Arch. f. Gyn.*, 1878.

sait que cette méthode opératoire serait suivie et adoptée, comme règle générale de conduite, chez la femme.

Fogliata (1) rapporte les expériences faites par Geser en 1862, sur quatre chiennes en état de gestation, avec deux succès, et les expériences faites par lui-même en 1874, 1° sur une chatte en travail depuis quinze jours, morte trois heures après l'opération ; 2° sur quatre chiennes dont l'utérus n'était pas gravide, dont trois guérissent ; 3° sur une vache chez laquelle il y avait un renversement de la matrice, et qui mourut.

Au commencement de l'été de 1876 Rein (2) entreprit une série d'expériences concernant l'excision de la matrice gravide chez les animaux, et après treize extirpations de l'utérus sur des lapines et des chattes, il conclut que l'opération peut se pratiquer sur la femme avec chance de succès. Le but poursuivi et recherché par Rein était d'éviter toute hémorrhagie, tant primitive que secondaire. Son procédé fut d'abord exposé d'une façon sommaire, *in Archiv., für Gynéc.*, 1877, n° 6, puis avec plus de détails dans un rapport fait à la Société des médecins russes à Saint-Pétersbourg (séance du 16 décembre 1878), et publié cette année dans les Annales de gynécologie. Nous reviendrons du reste plus loin sur ce procédé.

Ces quelques tentatives pratiquées sur les animaux par Cavallini n'avaient point trouvé d'écho parmi les chirurgiens accoucheurs, et cependant, guidé par des considérations théoriques, G. P. Michaelis (3) engageait les opérateurs à passer du domaine de la théorie dans celui de la pratique, en disant : « Le danger (de l'opération césarienne) provient surtout de la réaction de l'organe blessé sur les autres organes, c'est ce que nous

---

(1) *Contribuzione allo studio della amputazione dell' utero negli animali domestici, osservazione cliniche e esperimente fatti nella scuola gosiatrica della R. Universita di Pisa.*

(2) Voir *Ann. de Gyn.*, avril 1879.

(3) Nous devons faire remarquer que G. Ph. Michaëlis n'est pas le même que G. Ad. Michaëlis dont les travaux, et en particulier les statistiques sur l'opération césarienne, sont si connus.

voyons non seulement par les lésions sympathiques d'autres organes, mais encore par l'expérience, que si l'utérus est totalement extirpé, c'est-à-dire si sa réaction sur les autres organes est complètement supprimée, le danger semble être bien moindre. On connait déjà plusieurs cas où l'utérus a été entièrement extirpé, souvent par la maladresse, sans qu'il y ait eu d'accidents graves et surtout de phénomènes consensuels. Quelle en est la raison ? Pouvons-nous en trouver une autre que l'absence de réaction ?... On peut donc se demander si l'opération césarienne n'offrirait pas moins de danger du moment qu'elle serait liée à l'extirpation de l'utérus, dont la présence n'est du reste plus qu'un mal dans ces circonstances. Cette proposition peut paraître paradoxale de prime abord, mais si ce que nous venons de dire est exact, il n'y a peut-être plus rien de si paradoxal. Ce n'est que la manière de faire qui serait soumise à quelques difficultés, qu'il serait également possible de vaincre. » (Gr. Ph. Michaëlis Geschichte eines Kaiserschnittes. In Siebold's Lucina, Bd. V, St. I, p. 89, 90. Note **).

Cette vue théorique n'était pas cependant passée inaperçue car nous trouvons dans Kilian (1), à propos des procédés dignes de remarque, s'éloignant des méthodes habituelles pour pratiquer l'opération césarienne, les lignes suivantes : (*b*) la proposition de G. Ph. Michaëlis de Marburg, qui pour empêcher une grossesse nouvelle chez une personne déjà une fois opérée, mais principalement pour écarter la violente réaction qu'offre l'utérus blessé est d'avis, l'opération césarienne exécutée, *d'extirper aussitôt tout l'utérus*!!! avis bizarre qui fut rejeté comme très risqué par tous les opérateurs et ne trouva un accueil favorable que de la part de Stein le jeune (*Lehre der Geburtshülfe* t. II. p. 476).

Enfin ce ne fut pas une idée spéculative mais la nécessité qui amena Storer à pratiquer à Boston, le 21 juillet 1868 une opération pour ainsi dire jusqu'alors inconnue dans les annales de l'obstétrique, et qui n'est pas autre que l'amputation

---

(1) Kilian. *Die operative Geburts hülfe*. Bonn, 1836, 2 vol., t. II, p. 715.

utéro-ovarique consécutive à la section césarienne, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'observation suivante :

Amputation de l'utérus gravide pratiquée par le Dr STORER *le* 21 *juillet* 1868*; mort de la femme le quatrième jour; enfant mort avant l'opération* (*résumée*) (1).

Femme H..., âgée de 37 ans, primipare, atteinte d'un fibro-cystome remplissant la cavité pelvienne.

Le travail débuta le 18 juillet. Les membranes se rompirent dans la journée. La tête de l'enfant se présentait et pressait de haut en bas sur la tumeur.

La malade fut livrée aux seules forces de la nature du 18 au 20 juillet. Aucun changement n'étant survenu dans l'excavation, l'opération césarienne fut jugée indispensable, vu le peu d'espace qui subsistait entre la tumeur et les parois du bassin.

L'incision de la paroi abdominale étant pratiquée, une énorme tumeur molle, de couleur bleuâtre, se présenta. La main introduite dans la cavité séreuse établit l'existence d'un fibro-cystome siégeant à la partie gauche et antérieure de l'utérus, avec un prolongement adhérent dans le bassin.

L'incision exploratrice de la tumeur démontra le ramollissement de l'intérieur de la tumeur.

L'hémorrhagie était considérable, le Dr Storer, incisa rapidement l'utérus et fit l'extraction d'un fœtus volumineux et déjà décomposé.

L'hémorrhagie devint alors effrayante, et le Dr Storer résolut d'enlever tout ce qu'il pourrait de la masse formée par l'utérus et le fibro-cystome.

Un trocart transperça l'utérus au-dessus du col. Une double corde métallique passée à travers le trocart servit à lier de chaque côté les deux parties du pédicule. La section fut faite à l'aide de la chaîne de l'écraseur. Le moignon fut cautérisé au fer rouge. Enfin, craignant le retour de l'hémorrhagie on appliqua un clamp sur le pédicule.

---

(1) *Extirpation of the puerperal uterus by the abdominal section*, in *Journ. of the gynecological Society of Boston*, vol. I, n° 4.

Toilette du péritoine. Suture de la paroi abdominale. L'opération dura trois heures.

Mort de la femme, le 25 juin, de la septicémie.

L'opération de Storer n'eut pas alors de retentissement, et la question de l'amputation utero-ovarique n'émergeait point encore ; bien que le terrain fut déjà quelque peu préparé, soit par des considérations théoriques, soit par les essais pratiqués sur les animaux cités plus haut.

C'est alors que le professeur Porro, après avoir reconnu l'impuissance de toutes les sutures à amener la réunion par première intention de la plaie utérine, après avoir considéré que l'opérateur laisse une immense plaie béante, toujours prête à laisser échapper dans la cavité séreuse des liquides irritants et septiques, causes de péritonite, après avoir constaté les dangers de l'hémorrhagie pendant l'opération césarienne, s'appuyant sur la manière de faire et les résultats des ovariotomistes et des hysterectomistes, en conclut que la solution de toutes ces questions résidait dans l'amputation de l'utérus exécuté sous le nuage phéniqué et résolut de pratiquer cette opération dès que l'occasion se présenterait.

Nous devons ajouter que Porro ignorait le cas de Storer, et qu'il ne connaissait que les expériences faites sur les animaux, expériences qu'il avait répétées lui-même et avec succès. L'occasion, peut-être désirée par le professeur Porro, de mettre en pratique ce qu'il avait si ingénieusement et si savamment conçu, ne tarda pas à s'offrir à lui.

Le 21 mai 1876. La femme Julia Cavallini se présenta à la Maternité de Pavie. Porro, après avoir constaté l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, pratiqua, en présence de plusieurs de ses collègues, la section césarienne et l'amputation de l'utérus et de ses annexes, en appliquant la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Et malgré de nombreux cas de fièvre puerpérale observés à ce moment à la Maternité de Pavie et des cas de gangrène observés dans l'hôpital voisin, la femme guérit et quitta l'hôpital avec son enfant le quarantième jour après l'opération.

Ce brillant succès eut de l'écho et biéntôt en raison des principes rationels sur lesquels repose l'opération de Porro, les chirurgiens accoucheurs l'imitèrent, ainsi que le témoignent les observations qui suivent, et dont nous discuterons les résultats ultérieurement. Nous prions MM. les professeurs Chiara, Tibone, Peyretti, Inzani, Alphonse Newgatt, agrégé à la Faculté de Nancy, les Drs Hahn et H. Petit, bibliothécaires de la Faculté de Paris et Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux 'accepter nos plus sincères remerciements, en raison des renseignements si précieux qu'ils nous ont fournis concernant la plupart de ces observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr Edoardo* PORRO, *professeur ordinaire d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Pavie le* 21 *mai* 1876; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

Le 27 avril 1876 entre à la cliniqne d'accouchements de l'Université de Pavie, la femme Julia Cavallini, âgée de 25 ans.

Cette femme, primipare, est profondément rachitique : elle ne peut marcher sans soutien qu'à l'âge de dix ans.

Dernière apparition des règles, mi-juillet 1875.

Taille 1 m. 48 c. Les membres inférieurs sont le siège de courbures anormales. Scoliose lombaire. La moitié droite du détroit supérieur du bassin peut être considérée comme totalement oblitérée.

Diamètre utile ou diamètre promonto-pubien minimum : 4 centimètres.

Consultation le 3 mai avec M. le professeur Zoja, Mazzuchelli, Canzoli, etc.. Il fut reconnu que l'opération césarienne pourrait seule sauver la femme, même si l'enfant était mort ; car il était impossible, vu le degré de rétrécissement, de songer à l'embryotomie.

Le professeur Porro soumit à ses collègues le plan de l'opération qu'il avait conçu.

---

(1) *Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglia cesareo*, pel dottor Edoardo Porro. Milano, 1876. In th. du Dr Imbert de la Touche. *De l'amputation utéro-ovarique comme complément de l'opération césarienne*. Paris, 1878.

La femme fut soumise à un régime tonique et coucha dans une chambre séparée.

Le 21 mai, à 10 heures du matin, rupture des membranes avant toute contraction. Les contractions se montrèrent bientôt avec régularité et intensité.

A 4 h. 40. Elle fut transportée à l'amphithéâtre d'accouchement, chauffé à la température de 28°.

Anesthésie à l'aide du chloroforme. Tous ceux qui prirent part à l'opération se lavèrent dans une solution phéniquée.

A 4 h. 51. Incision légèrement oblique de gauche à droite, de la paroi abdominale au niveau de la ligne blanche et d'une étendue de 12 centimètres.

Incision de l'utérus et extraction d'un fœtus volumineux qui se mit aussitôt à crier. Extraction du placenta et des membranes.

Les bords de la plaie utérine donnent beaucoup de sang malgré la rétraction de l'organe.

A 5 h. 3. L'utérus étant tenu perpendiculairement à l'axe du corps et tout entier en dehors de la cavité abdominale, fut entouré à l'aide d'un gros fil de fer monté sur un solide serre-nœud de Cintrat, et la constriction fut pratiquée rapidement. L'utérus fut alors excisé à l'aide de ciseaux plats jusqu'à deux cent. au-dessus du serre-nœud.

Un tube à drainage de 5 millimètres et demi de diamètre est introduit à l'aide d'un trocart courbe, par le vagin et le cul-de-sac recto-vaginal et ramené au niveau de l'angle inférieur de la plaie abdominale.

A 5 h. 8. Toilette du péritoine et suture de la paroi abdominale à l'aide d'un fil d'argent.

A 5 h. 17. Le moignon utérin est badigeonné avec du perchlorure de fer.

A 5 h. 25. Tout est terminé. Le poids de la masse utéro-ovarique excisée, est de 640 grammes.

Le 30 juin. Guérison complète. Départ pour la maison de santé le 16 juillet.

Obs. II. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* INZANI, *de Parme le* 3 *janvier* 1877; *mort le quatrième jour* (1). (*Observation communiquée par le Dr Inzani*).

M... P..., âgée de 32 ans, fille d'un père mortde pleuro-pneumonie

et d'une mère scrofuleuse, fut réglée à 15 ans, et depuis régulièrement.

Elle se maria à 22 ans et trois accouchements précédèrent sa dernière grossesse, qui se passa sans autre accident qu'une toux légère, et des douleurs intermittentes dans le membre abdominal droit, le long du nerf sciatique.

Au commencement du travail, douleurs fortes, régulières, mais sans effort, rien ne descendait. Ce fut à ce moment que le médecin appelé put observer l'existence d'une tumeur volumineuse au point de simuler la tête du fœtus, mais un examen attentif démontra l'existence d'une tumeur volumineuse occupant le détroit inférieur, moins un petit espace à gauche resté libre, mais si étroit qu'on ne pouvait arriver ni sur la poche des eaux ni sur les parties fœtales.

Appelé à mon tour près de la malade dans une petite ville éloignée de 22 kilomètres de Parme, je confirmai l'existence d'une tumeur résistante, élastique, faisant corps avec le pubis et l'ischion du côté droit, et qui présentait les caractères d'un ostéo-sarcome.

Comme il était impossible d'enlever la tumeur ni même de la déplacer, il n'y avait qu'un seul parti à prendre : pratiquer l'opération césarienne, mais en extirpant l'utérus et les ovaires soit pour diminuer les chances d'inflammation, soit pour laisser plus d'espace à la tumeur qui comprimait déjà tous les organes voisins. Cette opération pratiquée par le professeur Porro avec un si brillant succès m'encourageait dans ce cas, qui du reste ne pouvait être que bientôt fatal.

L'incision des parois abdominales, du péritoine et de l'utérus fut exécutée sans inconvénient en liant les vaisseaux au fur et à mesure.

L'enfant fut extrait vivant. L'utérus fut traversé par un trocart dans sa portion cervicale supérieure, et par la canule furent passés deux liens métalliques qui enserrèrent les deux moitiés de l'utérus. Je pratiquai le drainage abdomino-vaginal au moyen d'un tube en gomme élastique.

Le pédicule de l'utérus coupé près des ligatures, fut placé à l'angle inférieur de la plaie réunie par une suture métallique comme dans l'ovariotomie.

Mes occupations m'empêchant de rester près de la malade, je l'ai confiée aux soins très intelligents de son médecin.

Réaction très vive après vingt-quatre heures. P., 120 à 140. R., 20 à 48. T., 38 à 39.

Météorisme, vomissement, etc. Mort de la femme le quatrième jour.

L'autopsie démontra l'existence d'une énorme tumeur d'apparence encéphaloïde (sarcome globo-cellulaire) remplissant tout le petit bassin, et de plus tous les signes d'une péritonite.

OBS. III. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée le* 28 *mars* 1877 *par le professeur* HEGAR; *mort de la femme le quatrième jour; enfant vivant. Observation publiée par le Dr Dorff, assistant à la clinique gynécologique de Fribourg* (*résumée*) (1).

Femme atteinte de cyphose dorso-lombaire ayant le bassin manifestement rétréci et déformé (2).

Après quatre jours de travail, aucun engagement céphalique.

La femme qui était profondément albuminurique est prise d'accès éclamptiques et traités par les narcotiques amenant quatre heures de sopor.

Opération pratiquée le 18 mars sans accidents; extraction d'une fille à terme, vivante. Extraction du placenta sans hémorrhagie

L'utérus amené hors de la cavité abdominale, on prend les plus grandes précautions pour qu'il ne s'écoule pas de sang dans le péritoine. On passe au-dessus du col une double ligature métallique avec l'aiguille de Péan. Constriction forte à l'aide du serre-nœud. Au-dessus de la ligature on place la chaîne de l'écraseur et on enlève l'utérus avec les ovaires, pas d'hémorrhagie. Toilette du péritoine; suture de la paroi abdominale; le moignon ou pédicule est fixé à l'angle inférieur de la plaie. Pansement avec plaques d'ouate plongées dans l'eau chlorurée, fréquemment renouvelées.

Les deux premiers jours tout se passa bien, sauf une toux fatigante. Le troisième jour, symptômes de péritonite septique. On passe un double drain au niveau du cul-de-sac de Douglas. Il sort beaucoup de liquide trouble. Lavages avec eau chlorurée. Mort le 1er avril à 4 heures et demie du matin.

---

(1) In *Centralbl. f. Gyn.*, n° 1, 1879.

(2) Une description détaillée du bassin sera faite par le Dr Tauffer.

OBS. IV. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* PREVITALI, *le 25 avril 1877; mort de la femme.*

L'opération fut pratiquée sur une femme en travail depuis cinq jours. Mort de la femme; sort de l'enfant inconnu. (Renseignements fournis par le professeur Tibone.)

OBS. V. — *Amputation de l'utérus pratiquée par le professeur* SPAETH, *le 22 juin 1877; succès pour la mère et pour l'enfant (résumée)* (1).

Femme Weigl Josepha, âgée de 40 ans, enceinte pour la dixième fois, admise à la clinique le 29 mai 1877. Cinq accouchements spontanés. Le sixième accouchement à terme fut terminé par la craniotomie en raison de la déformation du bassin. L'ostéomalacie ayant débuté quelque temps auparavant. Trois avortements.

Fin de la dixième grossesse normale : fœtus vivant en position transversale, bassin tellement déformé et rétréci à la suite d'ostéomalacie, que le passage du fœtus à terme sera impossible même à l'aide de l'embryotomie. Indication absolue de l'opération césarienne formulée par Spæth et Braun-Fernwald.

Jusqu'au 22 juin on la soumet à un régime tonique et on dirige un traitement contre son catarrhe bronchique, et son albuminurie.

Le 22 juin. Début du travail dans l'après-midi ; à neuf heures du soir, contractions énergiques, l'orifice utérin laissant passer trois doigts ; on se décide à opérer.

Tous ceux qui devaient prendre part à l'opération se lavèrent les mains dans une solution phéniquée au 1/100e. Pendant toute la durée de l'opération on pulvérisa une solution phéniquée.

Injection sous-cutanée d'ergotine, cathétérisme de la vessie et lavage de la paroi abdominale avec une solution d'acide phénique.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche commençant à deux centimètres de l'ombilic et s'arrêtant à trois centimètres de la symphyse.

---

(1) *Wiener med. Wochenschr.*, n° 4, 1878. In th. du Dr Imbert de la Touche. *Loc. cit.*

L'utérus amené hors de la cavité abdominale, devient mou et les incisions donnent beaucoup de sang que rien ne peut arrêter, alors, la chaine de l'écraseur est placée autour de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne, embrassant les trompes au milieu de leur trajet de telle façon que les ovaires restèrent dans la cavité abdominale. Cette chaîne est fixée et serrée rapidement de façon à arrêter totalement l'hémorrhagie. L'utérus fut sectionné d'abord à 4 centimètres au-dessus de la constriction, puis en second lieu à 2 centimètres et les bords un peu dentelés du pédicule furent coupés avec des ciseaux.

Toilette de la cavité abdominale et introduction des quatre tubes à drainage : deux dans les replis de Douglas et deux plus haut entre les anses intestinales.

Réunions de la paroi abdominale à l'aide de fils de soie et introduction entre les sept sutures, de tubes à drainage. Le moignon fut badigeonné avec une solution de chlorure de zinc au 8[100e.

Pansement de la plaie d'après le système de Lister.

L'utérus enlevé avec la partie moyenne des trompes pesait 950 grammes.

La femme dont la température ne dépassa jamais 38,6 et le pouls 128, était guérie le 30 juillet. Une petite plaie persista jusqu'au 4 décembre. A partir de ce moment l'état général devint excellent, l'albumine ayant complètement disparu.

Obs. VI. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* SPAETH, *le* 3 *septembre* 1877; *mort de la femme le huitième jour; enfant mort avant l'opération* (*résumée*) (1).

Le 3 septembre 1877 on amenait dans la soirée, à la Clinique, la nommée Reich (Marie), âgée de 29 ans, en travail depuis plusieurs jours. Cette femme était à terme de sa quatrième grossesse. Des trois accouchements antérieurs deux s'étaient passés spontanément, le troisième avait été terminé à l'aide d'une application de forceps.

Après chaque accouchement, difficultés dans la marche.

Elle attendait son accouchement vers le 6 septembre.

Le 2 septembre, les premières douleurs se déclaraient à 1 heure du matin. A 8 h. la poche se rompit : les douleurs devinrent très inten-

(1) *Wiener med. Wochenschr.*, n° 4, 1878. In th. du Dr Imbert de la Touche. *Loc. cit.*

ses et durèrent deux jours et une nuit. On fit appeler alors le médecin qui avait appliqué le forceps lors du dernier accouchement, mais il déclara qu'il ne pouvait rien faire dans les conditions actuelles et l'envoya à la Clinique.

A son arrivée on constata que le bassin était tellement déformé et rétréci qu'il n'y avait pas d'autre ressource que dans l'opération césarienne. L'utérus était en état de contraction tétanique. Les battements du cœur de l'enfant ne purent être perçus. T. 37,8; P. 84°. Le moment favorable de l'opération étant depuis longtemps dépassé, il n'y avait pas un moment à perdre. Ce fut aussi l'opinion des docteurs Braun-Fernvald et Braun Gustave. Spæth ayant l'intention arrêtée d'extirper l'utérus, qu'il y ait ou non hémorrhagie, ne pratiqua pas d'injection sous-cutanée d'ergotine. Lavage de la paroi abdominale avec de l'eau phéniquée, cathétérisme; pulvérisation phéniquée, puis incision des parois abdominales. Au moment de l'incision utérine jaillit une quantité de sang considérable, car le placenta était inséré sur la paroi antérieure. Extraction d'un enfant mort et déjà putréfié, car des gaz s'échappèrent de l'utérus.

Impossibilité d'extraire l'utérus de la cavité abdominale sans pratiquer le décollement du placenta, ce qui produit une seconde hémorrhagie. La constriction du col à l'aide de l'écraseur mit fin à l'écoulelement sanguin. Excision de l'utérus et des ovaires. Toilette du péritoine; application de tubes à drainage, suture abdominale; le pédicule, badigeonné au chlorure de zinc 1|800, fut fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Le pansement fut appliqué exactement d'après la méthode de Lister. Le fœtus pesait 2,970 gr. L'épiderme se détachait facilement, le cordon et les membranes étaient verdâtres.

L'utérus extirpé jusqu'à la partie inférieure du col, avec ses annexes, ovaires et trompes, mesure 18 cent. de long et 15 cent. de large; il pèse 800 gr.

Mort de la femme au 8e jour, à la suite de péritonite septique.

L'autopsie permit de constater le rétrécissement considérable de tous les diamètres pelviens, et la saillie en forme de bec de la symphyse pubienne.

OBS. VII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* C. BRAUN, *le* 5 *septembre* 1877; *mort de la femme le deuxième jour; enfant vivant* (*résumée*) (1).

K..., (Marie), âgée de 40 ans, est apportée, le 4 septembre 1879, dans une civière à l'hôpital, des douleurs très vives ne lui permettant pas de marcher.

Enceinte pour la huitième fois. Les six premiers accouchements furent heureux. La septième fois, le 3 mai 1876, l'enfant se présentait par l'épaule et on fit la version. A partir de cette époque, douleurs au niveau du bassin, qui augmentèrent peu à peu et finirent par rendre la marche impossible.

La malade est très affaiblie.

L'examen démontre l'existence d'un bassin rétréci par l'ostéomalacie; il a la forme d'un tricorne. Par le toucher on constate entre les branches horizontales du pubis une étroitesse qui permet à peine le passage de deux doigts.

La femme était en travail, le fœtus était placé transversalement. L'opération fut pratiquée le 5 septembre 1877 à 8 heures du matin.

Le fœtus (fille) naquit vivant; poids 3,200 gr. Amputation de l'utérus et des ovaires.

Hémorrhagie le soir de l'opération, qui fut arrêtée avec du perchlorure de fer.

Péritonite. Mort le 7 septembre.

OBS. VIII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* CHIARA, *le* 16 *décembre* 1877; *mort de la mère le cinquième jour; enfant vivant* (*résumée*) (2).

X..., 37 ans, primipare à terme, rachitique. Bassin pseudo-ostéomalacique. Diamètre conjugué vrai 42 mill., microcorde gauche, 20 mill., microcorde droite, 27 mill.

Au moment de l'opération pratiquée le 16 décembre 1877, contrac-

(1) Observation publiée par le Dr Pawlick, assistant. In *Wiener med. Woch.*, n° 3, 1879 et par le Dr Welponer in *Lo sperimentale*, juin 1879.

(2) *Fatti e commenti clinici expositi*, dal professor Chiara. Milano, 1878.

tions non douloureuses. Les battements du cœur du fœtus étaient tombés de 140 à 95, ce qui fit hâter l'opération.

Méthode antiseptique de Lister; pulvérisation à la vapeur, etc. Extraction d'un enfant vivant du poids de 3,420 gr. Pédicule fixé au dehors. Drain abdomino-vaginal.

Rétraction consécutive et rentrée du pédicule, rupture d'adhérences et issue d'anses intestinales.

Mort dans le collapsus le 5e jour.

OBS. IX. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* MULLER, *de Berne, le* 4 *février* 1878; *succès pour la mère; enfant mort avant l'opération* (*résumée*) (1).

E. R..., âgée de 37 ans, entrée à la Clinique d'accouchements en janvier 1879, au 9e mois de la grossesse.

Elle est enceinte pour la sixième fois, et c'est pendant sa troisième grossesse que se montrèrent les premiers symptômes de l'ostéomalacie.

Examen de la malade. — Etat général satisfaisant, longueur du corps 1 m. 50 c., lordose de la région lombaire, l'ouverture du bassin est notablement rétrécie. Le diagnostic n'est pas douteux : grossesse avec rétrécissement considérable du bassin à la suite d'ostéomalacie.

Le 1er février au matin. — La femme annonce que les eaux se sont écoulées dans la nuit sans qu'elle eût ressenti de douleurs. Les battements du cœur fœtal sont très appréciables. L'après-midi se passa avec des douleurs faibles. Le soir, temp. 38,6.

Le 2. Douleurs faibles. T. matin, 38, 4; le soir, 39. P. matin, 120; soir, 136.

Le 3. Fortes contractions. Le matin, T. 38°; le soir, 39,6. P. matin, 128; soir, 132.

Le 4. L'utérus est fortement contracté et douloureux. T. 39,2; P. 136. A 3 h. du soir, l'utérus est plus douloureux, la percussion fait reconnaître que des gaz sont développés dans l'utérus. Les contractions ont complètement cessé. T. 39; P. 136.

En face de cet état grave, le professeur Muller se décida à prati-

(1) In *Arch. f. Gyn.*, 1878 et in thèse du Dr Imbert de la Touche, *Loc. cit.*

quer l'opération. Elle fut exécutée à 8 h. du soir dans l'amphithéâtre de gynécologie où la température était de 20°. Incision de la paroi abdominale partant à 2cc au-dessous de l'ombilic et arrivant à 2cc au-dessus de la symphyse. Extraction de l'utérus intact à travers la paroi abdominale. On appliqua le serre-nœud autour du col et on le fixa à un constricteur de Maisonneuve. Après avoir mis des éponges entre l'utérus et la plaie abdominale, pour éviter tout épanchement, on serra fortement le nœud et on pratiqua immédiatement une longue incision sur la paroi antérieure de l'utérus. Issue de gaz fétides. Extraction du fœtus décomposé et du placenta. Extirpation de l'utérus avec les ligaments, les trompes et les ovaires à 1 cent. 1/2 au-dessus de la ligature. La plaie abdominale fut fermée par des sutures profondes et superficielles. Le pansement fut le même que dans l'ovariotomie, ainsi que le traitement consécutif.

Après l'opération la température tombe à 36,2, puis arrive le sixième jour, à 38. Une seule fois et passagèrement la température monta à 39°. Aprés l'opération le pouls tomba à 96, le lendemain à 84°; le troisième jour il monta à 120°, et le onzième et le douzième à 140° et 150°. Cet état coïncidant avec l'apparition de quelques points de gangrène au niveau de la plaie abdominale. L'opéréé, au bout de dix-sept jours, est considérée comme guérie définitivement.

Obs. X. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* FRANZOLINI, *le* 11 *avril* 1878; *mort de la mère après trente-six heures* (1).

Femme de 35 ans, anasarque au 9e mois. Dyspnée par œdème pulmonaire. Grossesse double.

L'état général de la malade s'aggravant on veut, pour sauver les enfants, provoquer l'accouchement. Mais les douches utérines, les injections hypodermiques d'ergotine et la rupture du sac n'amènent que quelques légères contractions. On se décide alors à pratiquer l'opération césarienne.

Section de la paroi abdominale et du péritoine, sur la ligne médiane, puis de l'utérus, extraction de deux fœtus et de deux placentas.

Comme l'incision utérine est tombée sur l'un des placentas ,

(1) *Giornale veneto di scienze med.*, février 1879, p. 118.

hémorrhagie profuse; on ne peut l'arrêter. Alors Fransolini place un tube de caoutchouc près du col, le serre à deux tours, et coupe l'utérus à 1 cent. 1/2 au-dessus du lien. Fermeture de la plaie abdominale par la suture double ordinaire; on fixe à l'angle inférieur, le pédicule formé par la surface de section de l'utérus, et on laisse pendre au dehors les deux chefs du fil qui servent de constricteurs.

La respiration devient plus libre ; l'opérée, d'abord sans connaissance pendant l'opération, la recouvre; pas d'accident du côté de l'abdomen. Mais bientôt les phénomènes thoraciques s'aggravent et emportent l'opérée au bout de trente-six heures.

Obs. XI. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* WASSEIGE, *le* 14 *avril* 1878; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

Joséphine Moyse, primipare, rachitique (diamètre promonto-sous-pubien 5 cent.; diamètre promonto-pubien minimum ou utile, 4 cent.); à terme et en travail depuis dix-huit heures, est opérée le 14 avril 1878, à 8 h. du soir.

Tout ce qui a servi à l'opération a été lavé à l'acide phénique. Un appareil pulvérisateur à vapeur projette sur le ventre de la femme, sur l'opérateur et sur ses aides un nuage de vapeurs phéniquées au 2 0/0.

Incision de la paroi abdominale suivant le procédé de Mauriceau. Incision de l'utérus en place. Extraction d'un fœtus vivant (fille); extraction du placenta.

L'utérus est amené au dehors et l'écraseur placé autour et au niveau de l'orifice interne est serré de façon à arrêter tout écoulement sanguin.

Section de l'utérus jusqu'à 2 cent. de la chaîne et fixation de cette dernière.

Le moignon, traversé par une grande aiguille afin d'empêcher sa rétraction, est placé dans l'angle inférieur de la plaie et cautérisé avec une solution de chlorure de zinc à 1/8.

Toilette du péritoine, placement d'un tube à drainage dans le cul-de-sac de Douglas et occlusion de la plaie abdominale à l'aide de

---

(1) In *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, t. XII, 3e série, n° 5.

quatre points de suture enchevillée métallique, et de toute une série de sutures superficielles de fils d'argent.

Pansement de Lister et application de deux sacs de caoutchouc remplis de glace sur le ventre

L'opération et le pansement ont duré une heure. T., 38,4; P., 94. L'utérus et ses annexes pèsent 765 gr.

Guérison complète au bout de quarante jours.

Obs. XII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* C. BRAUN, *le* 10 *mai* 1878*; succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

Marie M..., âgée de 26 ans, primipare, rachitique avec déformation des membres inférieurs du rachis et du bassin. Taille 1 m. 26 c.

Le bassin est pseudo-ostéomalacique; l'angle formé par l'arcade pubienne est aigu; le diamètre promonto-pubien minimum est de 5 cent., la microcorde gauche est si petite que c'est à peine si on peut y introduire un doigt. La microcorde droite mesure 4 cent. environ. Le professeur Braun-Fernwald ayant jugé l'embryotomie impraticable, résolut de pratiquer l'opération césarienne.

Premières douleurs le lundi 6 mai 1878, mais peu intenses; les douleurs devenant plus fortes le jeudi suivant, la femme entra à la Clinique.

L'opération fut pratiquée le vendredi 15 mai en présence des élèves des deux cliniques d'accouchement de l'Université de Vienne. La température de la salle d'opération était de 22°. Le pulvérisateur à vapeur fonctionna pendant toute la durée de l'opération. Lavage de la paroi abdominale à l'eau phéniquée.

Incision de la paroi abdominale de 13 cent. Hémostase de la plaie avant l'ouverture du péritoine.

On ne peut faire saillir l'utérus plein à travers la paroi abdominale, on l'incise *in situ*. Extraction d'un enfant vivant du poids de 2,600 gr. On place au niveau du canal cervical de l'utérus la chaîne de l'écraseur de Billroth. L'hémostase étant produite, on pratique la

(1) Observation publiée par le Dr Pawlick in *Wiener med. Wochenschr.*, n° 2, 1879 et par le Dr Welpouer, in *Lo sperimentale*, juin 1879.

délivrance puis on sectionne l'utérus à 2 cent. au-dessus de la ligature. Toilette du péritoine avec une éponge trempée dans une solution d'acide thymique; suture de la plaie abdominale et fixation du pédicule à l'angle inférieur de la plaie et cautérisation avec une solution de chlorure de zinc.

Chute du pédicule au 10e jour,

Le 13 juin 1878, c'est-à-dire quarante-cinq jours après l'opération, la cicatrisation était complète et on ne remarquait aucune trace du canal cervico-utérin sur la paroi abdominale. Le 20 juillet, l'opérée quittait la Clinique.

OBS. XIII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* CHIARA, *le* 22 *mai* 1878; *mort de la mère; enfant vivant* (*résumée*) (1).

X..., âgée de 24 ans, rachitique, enceinte pour la troisième fois.

Première grossesse terminée par un avortement et provoquée au 6e mois à l'aide de la douche et de l'appareil Tarnier. Deuxième grossesse terminée par un avortement spontané à 3 mois.

Elle désire un enfant vivant et refuse l'avortement provoqué.

Le diamètre conjugué vrai mesure 58 centim. Opération pratiquée le 22 mai 1878, le travail avait débuté la veille, et la dilatation de l'orifice était de 6 cent. environ. Les battements du cœur fœtal étaient tombés de 140 à 84. Incision de la paroi abdominale et de l'utérus Extraction d'un enfant vivant.

Opération de Porro et méthode antiseptique. Drain vagino-abdominal.

Mort de la femme le 4e jour, de péritonite diffuse.

OBS. XIV. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* TIBONE *le* 27 *mai* 1878; *mort de la mère le deuxième jour; enfant vivant* (*résumée*) (2).

Bianco (Marie), âgée de 27 ans, rachitique, primipare, entre à la clinique le 15 avril 1878.

(1) In *Fatti e commenti clinici expositi*, dal professor Chiara. Milano, 1878.

(2) In *Annali di ostetricia, ginecologia e pedratra*, mars 1879, p. 135.

Cette femme, dont tout le squelette est déformé, offre un état général des moins satisfaisants.

Le Dr Tibone repoussant l'accouchement prématuré complété par la symphyséotomie, le diamètre conjugué vrai du bassin ne mesurant que 63 millimètres, résolut de laisser la grossesse aller à terme et de pratiquer l'amputation utéro-ovarique. On utilisa le temps qui restait à parcourir en fortifiant la femme et en l'isolant des infirmeries des accouchées.

Début du travail dans la soirée du 27 mai.

Opération le 28 mai 1878.

Parturiente habillée comme pour l'ovariotomie. Préparatifs pour employer avec rigueur la méthode de Lister.

Voulant faire sortir l'utérus de la cavité abdominale avant de l'inciser, suivant le procédé de Muller, on ponctionna les membranes par le vagin. Incision de la paroi abdominale mesurant 12 centimètres, mais insuffisante pour laisser passer l'utérus. On l'agrandit de 6 centimètres et l'utérus, bien que le fœtus ne fût pas à terme et le liquide amniotique écoulé, ne passa qu'avec beaucoup de difficultés, et encore les bords de la plaie furent très-fortement contusionnés. Incision de l'utérus ; hémorrhagie modérée.

Extraction d'un fœtus vivant de 2,000 grammes et du placenta.

On place une anse de fil de fer solide près du col et on le fixe avec le serre-nœud de Maisonneuve, section de l'utérus au-dessus. On transperce le pédicule avec de longues aiguilles et on le fixe contre la paroi abdominale. Toilette phéniquée du péritoine. Fermeture de la plaie abdominale avec la suture entortillée. Pansement de Lister. Durée de l'opération, 50 minutes. Après l'opération, T., 37 ; P., 861 Mort 40 heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva une assez grande quantité de sérosités sanguinolentes dans la cavité péritonéale.

Obs. XV. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* C. C. Th. LITZMANN *le* 12 *juin* 1878*; mort de la mère le sixième jour; enfant vivant* (*résumée*) (1).

Femme W...., bipare, âgée de 29 ans, ayant un bassin rétréci,

(1) *Beitrag zur Statistick der Kaiserschnitte nach Porro. Centralblatt für Gyn.*, n° 1, 1879.

aplati, asymétrique, avec un diamètre promonto-pubien, minimum de 7 à 7,3mm.

Premier accouchement il y a 2 ans, terminé par la crâniotomie.

Dernière menstruation, commencement d'octobre 1877.

Le 12 juin 1878, écoulement des eaux sans contractions douloureuses. 5 heures après, la parturiente est amenée à l'hôpital.

L'utérus contient encore du liquide. Brides cicatricielles dans le vagin, les contractions sont peu intenses.

Le 14 juin, les douleurs augmentent, la température monte à 38,4; l'enfant étant vivant, on se décide à pratiquer l'opération césarienne et à la faire suivre de l'extirpation de l'utérus. On fit tous les préparatifs comme pour une ovariotomie : lavages à l'acide phénique, spray, etc., etc.

Section de la paroi abdominale jusqu'au-dessus de l'ombilic. Sortie du globe utérin intact. Application d'une ligature sur le col, section de la paroi utérine, sans écoulement de sang. Extraction d'un enfant en état de mort apparente, bientôt ranimé.

Ligature définitive sur le segment inférieur de l'utérus. Section à deux centimètres au-dessus de la ligature. Moignon placé à l'angle inférieur de la plaie. Suture de la paroi abdominale avec fils de catgut phéniqués, les uns profonds, les autres superficiels. Pansement de Lister. L'opération dura deux heures.

Morte le sixième jour d'une péritonite infectieuse.

OBS. XVI. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* BREISKY *le 9 juillet* 1878; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

Le 9 juillet 1878, on amena à la clinique, à 10 heures du soir, une femme en travail ayant un bassin vicié par le rachitisme et très rétréci.

Aloïsia Riesck ne donna aucun renseignement sur ses antécédents.

Dernières règles vers le milieu d'octobre 1877.

Taille 1m,43. Rachis scoliotique; hanche droite plus élevée que la gauche. Le bassin est asymétrique. La distance sacro-cotyloïdienne gauche est si petite que deux doigts peuvent à peine y passer. Celle

(1) *Zur discussion über Porro's methode der Kaiserschnitte. Ein neuer, für Mutter und Kind elgolgreicher Fall. Archiv für Gyn.*, Bd. XIV, p. 102 et 103.

du côté opposé est plus spacieuse bien que notablement rétrécie. Conjugata vera, 6,2 à 6,7. Enfant vivant.

A onze heures et demie, rupture de la poche des eaux. On se décide à ce moment à pratiquer l'opération.

Fumigations phéniquées dans la salle d'opération.

Incision abdominale un peu à gauche de la ligne médiane, à trois centimètres au-dessus de l'ombilic et s'arrêtant à trois travers du doigt au-dessus de la symphyse. L'utérus pressé latéralement passe bientôt à travers la plaie abdominale. 2 anses de fil de cuivre sont placées sur la partie sus-vaginale de l'utérus, et fixées à l'aide du serre-nœud de Cintrat. Incision de l'utérus et extraction d'un enfant légèrement asphyxié, mais bientôt ranimé. La perte de sang ne fut pas aussi considérable que dans un accouchement ordinaire.

Section de l'utérus, à deux centimètres au-dessus du pédicule.

Après plusieurs péripéties, le pédicule fut fixé à la partie inférieure de la plaie abdominale. Trois tubes à drainages furent introduits: l'un dans le cul-de-sac de Douglas, les autres dans les fosses iliaques.

Pansement de Lister. A la fin de l'opération, le pouls était à 84 et la température à 36°.

Une seule fois la température monta à 38,1 le septième jour.

Fistule cervicale qui dura 40 jours.

Guérison complète le 30 août.

OBS. XVII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* WASSEIGE *le* 3 *août* 1878*; mort de la mère le deuxième jour; enfant vivant* (*résumée*) (1).

Maximilienne Ch...., 21 ans, primipare, rachitique, entre à la maternité de Liège, le 2 août 1878. Elle est à terme.

Le bassin mesure : diamètre antéro-postérieur, 2 centimètres et demi; les lignes sacro-cotyloïdiennes, 1 centimètre trois quarts.

Opérée le 3 août 1878, à onze heures du matin.

Le travail s'était déclaré pendant la nuit précédente.

Procédé de Mauriceau pour l'excision abdominale.

---

(1) In *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 3e série, t. XII, p. 758.

Modification de Muller impossible. Incision de l'utérus en place; extraction d'un enfant vivant pesant 2,600 grammes.

Hémorrhagie grave par suite de la section involontaire de l'utérus par la chaîne de l'écraseur. Anse de fil de fer jetée sur le pédicule, au-dessous de la chaîne de l'écraseur, et serrée à l'aide du constricteur de Cintrat.

Moignon utérin fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Pansement de Lister.

Mort de la femme, le 5 août, des suites de l'hémorrhagie.

OBS. XVIII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* PEROLIO *le* 23 *août* 1878; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

B...., primipare, rachitique, âgée de 25 ans. Taille, 119 centimètres.

Bassin pseudo-ostéomalacique et asymétrique. Diamètre conjugué droit, 65mm.

L'opération fut pratiquée le 23 août 1878, à trois heures de l'après midi, la femme étant en travail et les eaux étant écoulées avant l'apparition des contractions.

Incision de la paroi abdominale, incision de l'utérus et extraction d'un enfant vivant du sexe féminin, du poids de 2,600 grammes.

Constriction de l'utérus au moyen d'un fil de fer passé dans le serre-nœud de Cintrat; drainage de la cavité abdominale.

Guérison complète 27 jours après l'opération.

OBS. XIX. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* HUBERT RIEDINGER, *médecin-directeur de la Maternité de Brunn, le* 16 *septembre* 1878; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

Catherine R...., primipare, 33 ans, entre à la Maternité, le 11 septembre 1878.

Taille, 1m,38. Tibias fortement incurvés. Bassin vicié par le rachitisme et considérablement rétréci.

---

(1) *Un' altra Guarita di operazione cesarea con amputazione utero-ovarica.* Brescia, 1879.

(2) *Sectio cæsarea nach Porro mit gunstigem Erfolge Wiener Medizinische Wochenschr.*, nos 20 et 21, 1879.

Le diamètre promonto-pubien minimum (D. conjugata vera), mesure 5c,5mm.

L'accouchement prématuré n'étant plus possible, la femme se trouvant dans la trente-huitième semaine de la grossesse, le Dr Riedinger se décida à pratiquer l'opération césarienne, d'après la méthode de Porro.

Le 16 septembre, rupture de la poche des eaux. Douleurs violentes à 4 heures du matin. Opération. Emploi du spray pendant une partie de l'opération. Incision de la paroi abdominale à trois centimètres au-dessous de la symphyse et remontant jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Incision de l'utérus. Extraction facile d'un fœtus vivant du poids de 2,650 grammes.

La constriction de l'utérus ne se fit pas sans difficultés avec l'écraseur de Péan-Billroth.

Section de l'utérus à trois centimètres au-dessus de la chaîne.

Suture abdominale. Pansement de Lister.

Après plusieurs accidents qui menacèrent la vie de la femme (péritonite, abcès; etc.), elle entra en convalescence vers le 15 octobre et sortit complètement guérie le 16 février.

OBS. XX. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* FEHLING *le 7 octobre* 1878; *mort de la mère le cinquième jour; enfant vivant* (*résumée*) (1).

K...., âgée de 30 ans, primipare, entre au commencement de septembre à la Maternité de Stuttgard.

Taille, 1m,32. Déviation cypho-scoliotique de la colonne vertébrale. Diamètre du bassin : ligne sacro-cotyloïdienne droite, 2 centimètres et demi. Diamètre promonto-sous-pubien, 4 centimètres. Le bassin fut considéré comme pseudo-ostéomalacique, bien qu'on ne pût entièrement exclure l'idée d'une spondylolythésis.

Contractions utérines le 6 octobre au soir.

Opération le 7, à 10 heures du matin.

Section de la paroi abdominale à travers laquelle on fait saillir l'utérus. On place la bande d'Esmarch au niveau de l'orifice interne. Section de la paroi utérine et extraction d'un enfant vivant pesant 3,560 grammmes.

---

(1) *Centralbl. f. Gyn.*, no 24, 1878.

Le pédicule fut déchiré lorsqu'on serra le serre-nœud de Cintrat. Le tronçon du pédicule fut saisi dans un clamp de Spencer Wells. Suture de la paroi abdominale. Pansement antiseptique. Péritonite infectieuse qui enleva la femme le cinquième jour.

OBS. XXI. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* CHIARA *le* 19 *octobre* 1878; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

Femme de 43 ans ayant eu quatre accouchements antérieurs naturels et faciles; au quatrième et au cinquième ostéomalacie, néanmoins accouchement naturel. Lors du sixième accouchement, la tête de l'enfant séjourna longtemps dans l'excavation; alors le *mari* accrocha les deux tubérosités de l'ischion et les écarta avec force : l'enfant très volumineux sortit.

Septième grossesse. — Accouchement naturel impossible, ainsi que l'embryotomie. Distance entre les branches ischio-pubiennes, 23mm. Ceinture pelvienne non dilatable. Opération le 19 octobre 1878, le début du travail remontant à quinze heures. Liquide amniotique écoulé, procidence du cordon.

Lavage de la paroi abdominale avec de l'éther, puis de l'eau phéniquée. Incision de la paroi abdominale de 14 centimètres. Incision de l'utérus. Hémorrhagie assez abondante. Extraction d'un enfant vivant. Ablation de l'utérus et des ovaires compris dans une chaîne d'écraseur et sectionnés à deux centimètres au-dessus.

Toilette du péritoine avec eau phéniquée.

Suture de la paroi abdominale. Moignon fixé à l'angle de la plaie. Pas de drain.

Durée de l'opération, 32 minutes. Chute du pédicule au huitième jour. L'opérée quitte le lit au trente-cinquième jour.

OBS. XXII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* G. BRAUN *le* 13 *décembre* 1878; *mort de la mère le deuxième jour; enfant vivant* (*résumée*) (1).

Femme de 30 ans, primipare, entrée à la Clinique le 13 décembre,

---

(1) *Fatti e commenti clinici expositi*, dal dottore Chiara. Milano, 1878 et in *Annali ostetricia, ginecologia et pediata*, t. I, janvier 1879, p. 4.

(2) *Wiener Medizinische Wochenschr.*, nos 12, 13, 15 et 16, 1879.

à une heure du matin. Les contractions avaient commencé le 12 décembre, à sept heures du matin. Les eaux s'étaient écoulées à quatre heures et demie du soir.

Taille, 1m,17. Scoliose dorsale. Le bassin vicié par le rachitisme mesure : diamètre promonto-pubien minimum (conjugata vera), 5c, 5m; microcorde droite, 5c, 5m ; gauche, 6c, 5m.

Section de la paroi abdominale sur la ligne médiane, en contournant l'ombilic laissé à gauche; écoulement par la plaie abdominale d'une sérosite limpide, 30 grammes environ. On fit sortir l'utérus gravide à travers la plaie abdominale et on plaça l'écraseur au niveau de l'orifice interne, section de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant (fille), pesant 2,500 grammes. On serra ensuite l'écraseur et on pratiqua l'ablation de l'utérus.

Suture de la paroi abdominale. Tension au niveau du pédicule.

Mort de la femme, le 15 décembre, à cinq heures du soir, des suites d'une péritonite infectieuse.

OBS. XXIII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* TIBONE, *le* 17 *janvier* 1879*; succès pour la mère et pour l'enfant* (1).

Catherine E... 30 ans, primipare. Taille 1m,12, rachitique. Le rachitisme a duré jusqu'à l'âge de huit ou dix ans. Bassin généralement et irrégulièrement rétréci. Le diamètre promonto-sous-pubien (conjugué vrai), mesure 5 centimètres.

Entrée à la clinique le 17 janvier 1879 en travail.

Présentation du vertex. T. 37°,5 P. 104. Les pulsations fœtale s'entendent très bien au nombre de 152 par minute. Membranes entières. Dilatation de l'orifice égale à 7 centimètres.

L'opération a été pratiquée à 1 h. 50 après-midi. Enfant vivant du poids de 2,230 gr.

Pendant les suites de couches, péritonite traumatique.

Les sutures métalliques profondes de la plaie abdominale sont enlevées le cinquième jour. Les anses intestinales étaient adhérentes à la paroi abdominale. Météorisme considérable. La résistance des

(1) Inédite. Nous donnons l'observation telle que le professeur Tibone a bien voulu nous la transmettre.

adhérences est vaincue et les anses intestinales menacent de faire rruption à travers la plaie abdominale.

On commet l'erreur de réappliquer des sutures métalliques au niveau de la plaie abdominale le sixième jour.

Les intestins poussés avec force contre les sutures métalliques furent blessés en plusieurs endroits.

La péritonite céda, mais trois fistules intestinales se produisirent, En ce moment (1) la femme est à l'hôpital Saint-Jean, et son état général est bon. Je ne doute pas de la guérison car la plaie abdominale est beaucoup rétrécie et la partie inférieure de l'intestin est toujours perméable. L'erreur que j'ai commise en renouvelant la suture abdominale montre combien les ponctions de l'intestin sont efficaces quand le météorisme est prononcé.

OBS. XXIV. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* FOCHIER, *le* 2 *février* 1879; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (2).

Joséphine L... 33 ans, primipare, entre à la maternité de la Charité de Lyon fin novembre 1878.

Bassin vicié par ostéomalacie. Le trait dominant de la déformation consiste dans le refoulement des surfaces cotyloïdiennes à l'intérieur de l'excavation. La distance sacro-cotyloïdienne gauche est évaluée à trois centimètres, la droite à quatre centimètres environ. La symphyse pubienne fortement projetée en avant.

État général mauvais, de la fin de novembre au 1er février, on cherche par un traitement à améliorer son état.

Apparition des premières douleurs le 1er février 1879.

Opération faite le 2 à 10 heures du matin.

Femme transportée dans une chambre chauffée à 25°. L'opération est faite avec toutes les précautions recommandées par Lister.

Incision de 12 à 15 cent. sur la ligne blanche. Incision de l'utérus qui intéresse le placenta et amène un écoulement sanguin assez abondant. Extraction d'un enfant vigoureux pesant 3700. Section du cordon et expansion de l'utérus à travers la paroi abdominale ; extrac-

(1) 12 septembre.

(2) Fochier. *Notes d'obstétrique*, Lyon, 1879 et *Lyon médical*, juin-juillet 1879.

tion du placenta; une anse de fil de fer d'un ligateur serre-nœud de Cintrat est passée autour de l'utérus et des ligaments, vers l'union du corps et du col au-dessous des ovaires et sur l'orifice des trompes et serrée d'abord vivement puis graduellement, jusqu'à l'arrêt complet de l'épanchement sanguin au niveau des surfaces sectionnées. Perte de sang pendant l'opération évaluée à 300 ou 400 gr. Section de l'utérus à trois centimètres au-dessus de la constriction à l'aide du thermo-cautère. Toilette du péritoine, suture de la paroi abdominale, fixation du pédicule à l'angle inférieur de la plaie. Durée de l'opération 25 minutes. Météorisme très prononcé pendant dix jours. Chute du pédicule le douzième jour. Cicatrisation complète le trente-cinquième jour.

Obs. XXV. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par* M. TARNIER, *chirurgien en chef de la Maternité, le 24 février* 1879*; mort de la femme le troisième jour; enfant mort avant l'opération* (*résumée*) (1).

Madame X... primipare âgée de 33 ans, ayant une tumeur fibreuse, vit ses règles apparaître pour la dernière fois du 17 au 20 avril 1878.

Pendant sa grossesse elle consulta son médecin ordinaire qui constata la présence d'une tumeur fibreuse remplissant l'excavation et appela M. Tarnier en consultation au mois de janvier 1879.

Après avoir constaté la présence de la tumeur et manifesté des craintes pour l'accouchement, on résolut d'attendre le travail, et Mme F... fut placée dans une maison de santé à Neuilly.

D'un autre côté, M. Tarnier comptant peu sur le déplacement de la tumeur, prit toutes ses dispositions pour pratiquer une opération de Porro.

Le 17 février 1879, rupture spontanée des membranes et écoulement de liquide amniotique et de méconium; quelques petites contractions se montrent, mais disparaissent bientôt.

Même état les trois jours suivants.

Le 21, disparitions des battements du cœur fœtal.

Les 22 et 23, malaise, petits frissons, vomissements, écoulement d'un liquide fétide ; pouls 120.

Le 24, même état, de plus langue sèche, des gaz se sont développés

(1) In *Annales de Gynécologie,* août 1879, t. XI.

dans la cavité utérine. L'utérus ne se contracte pas, et la tumeur est toujours immobile dans l'excavation.

Opération faite par M. Tarnier, le même jour à 2 h. de l'après midi.

Le chirurgien et ses aides se lavent les mains dans une solution d'acide phénique.

La paroi abdominale et les parties génitales sont également lotionnées avec une solution phéniquée. On opère au milieu du nuage phéniqué.

Incision de la paroi abdominale. M. Tarnier voulant mettre à profit le procédé de Rein et de Muller, fait sortir l'utérus intact à travers la plaie abdominale. Ligature jetée sur les deux ligaments larges. Incision de l'utérus dont la paroi est verdâtre et infiltrée. Extraction d'un enfant en voie de putréfaction. Écoulement notable de sang au niveau de l'incision de l'utérus. Tumeur fibreuse impossible à déplacer. Evidement de la tumeur dont le centre était ramolli, constriction à l'aide du serre-nœud de Cintrat. Excision de l'utérus et des ovaires. Pédicule formé par le moignon utérin et l'enveloppe de la tumeur fibreuse laissé en dehors. Suture de la paroi abdominale au-dessus et en-dessous du pédicule. Pansement de Lister. Mort de la femme le troisième jour avec les symptômes d'un empoisonnement septique.

Obs. XXVI. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr P.* CUGGI, *le* 11 *février* 1879*; mort de la mère par péritonite* (1).

Obs. XXVII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* TIBONE, *le* 1er *mars* 1879*; mort de la mère le deuxième jour; enfant vivant* (2).

Madeleine E... paysanne, 39 ans primipare, constitution bonne, rachitique. Au premier aspect on ne croit pas à un vice du bassin aussi prononcé. Le squelette est peu développé; mais il est assez régulier dans sa forme, exception faite du pelvis. Taille $1^m,22$; poids 40 kil.

(1) Cas cité dans la statistique du Dr Giovanni Peyretti. *Loc. cit.*, p. 9.

(2) Communiquée par le professeur Tibone, le 12 septembre 1879. Le professeur Tibone doit publier ses observations avec tous les détails qu'elles comportent.

Bassin vicié par le rachitisme, généralement et irrégulièrement rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien, 65 millimètres.

Diamètre promonto-pubien minimum (conjugata vera), 49 millimètres.

Opération le 1er mars à 1 heure de l'après-midi. Elle était au terme de sa grossesse, mais pas encore en travail.

Pendant l'opération une masse d'anses intestinales sortit de la cavité abdominale, et de grandes manœuvres ont été nécessaires pour les faire rentrer.

Extraction d'un enfant vivant (fille), pesant 2,850 grammes. Mort de la femme trente-six heures après l'opération, de péritonite traumatique.

OBS. XXVIII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par M.* TARNIER, *chirurgien en chef de la Maternité, le* 20 *mars* 1879; *succès pour la mère; enfant mort avant l'opération* (*résumée*) (1).

Marie Conda 36 ans, primipare, entre à la maternité le 20 mars 1879 à 11 h. 45 du matin.

Cette femme dont la taille est de 1m, 23 présente toutes les déformations produites par le rachitisme.

Le 15 mars, elle ressentit quelques douleurs lombaires ainsi que le 17.

Le 18, vers 8 h. du matin, rupture des membranes et écoulement de liquide amniotique; le lendemain douleurs lombaires violentes; elle fut alors envoyée à l'hôpital Beaujon et de là à la Maternité.

A son arrivée, on ne put percevoir les pulsations fœtales; le toucher permet de reconnaître que le col a encore une certaine longueur.

Le bassin mesure: diamètre promonto-sous-pubien 6 centimètres. Les parois antéro-latérales de l'excavation sont fortement déprimées et font saillie en dedans. Il s'agit d'un bassin pseudo-ostéomalacique frappé d'arrêt de développement et rétréci dans tous ses diamètres.

M. Tarnier conclut à l'impossibilité de pratiquer une opération à travers un canal pelvien aussi étroit et se décide à faire l'opération

(1) In *Annales de Gynécologie*, août 1879 et *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1879.

césarienne, opération faite à 2 h. de l'après-midi, au milieu du nuage phéniqué. Incision de la paroi abdominale de 15 à 16 cent. Elle s'arrête à trois travers de doigts au-dessus du pubis et remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic qui est contourné à gauche.

Incision de l'utérus *in situ*. Extraction d'un fœtus commençant à se putréfier. Extraction du placenta, et injection hypodermique d'une solution d'ergotine Yvon. Mais le sang continuant à s'écouler au niveau de la plaie utérine, M. Tarnier se décide à faire l'opération de Porro. L'utérus et ses annexes sont amenés au dehors. Une anse de fil de fer est appliquée à l'aide du constricteur de Cintrat, autour de l'utérus à l'union du col et du corps: une broche en acier est enfoncée transversalement dans le tissu utérin, juste au-dessus de cette anse, et un second fil métallique est placé de la même façon que le premier.

Section de l'utérus au-dessus de la dernière anse placée.

Pédicule maintenu en dehors. Suture de la paroi abdominale. Pansement fait suivant la méthode de Lister.

Cicatrisation complète de la plaie abdominale le 20 juillet, bien que l'opérée ait commencé à se lever le 1er mai.

Cette femme fut présentée complètement guérie à l'Académie de Médecine le 29 juillet 1879.

OBS. XXIX. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* GIOVANNI PEYRETTI, *le* 20 *mars* 1877; *mort de la mère au dixième jour de tétanos; enfant vivant* (*résumée*) (1).

Femme de 32 ans, primipare, rachitique depuis l'âge de 12 ans, Petite stature (109 à 110 cent.), incurvations des os longs et du rachis.

Pelvimétrie externe (*compas Martin*).

D. sacro-pubien ou conjugué externe	150mm.
D. bitrochantérien	225
D. biischiatique	60
Dist. entre les épines iliaq. ant. sup.	185

(1) *Taglio Cesareo con amputazione utero-ovaria*, etc., etc. *Regia opera della Maternita di Torino*. Turin, 1879.

Dist. entre les crêtes iliaques	204
— les ép. iliaq. post. s. g. et ant. s. d.	175
— les ép. iliaq. p. s. d. et a. s. g.	164
Dist. entre le bord sup. de la symphyse pubienne et l'épine iliaq. P. S. G.	163
Dist. entre le bord sup. de la symphyse pubienne et l'épine iliaque P. S. D.	162
Dist. entre le sommet de l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire et l'éminence iléo-pectinée D.	111
Dist. entre ce sommet et l'éminence iléo-pectinée G.	135
Circ. abd. à l'ombilic	95
— entre le pubis et l'ombilic	90
Circ. pelvienne	80

Le 18 mars 1879 la tête était au détroit supérieur. Opération le 20 mars à 11 h. 15 du matin.

Chloroforme. Incision à gauche de l'ombilic, longue de 13 cent., s'arrêtant à 2 cent. du pubis. Le côté gauche de l'utérus, la trompe et l'ovaire gauche se présentent dans la plaie. Mouvement provoqué de rotation de l'utérus sur son axe pour faire arriver la paroi antérieure dans la plaie. Incision; l'utérus se tord en sens inverse et la plaie utérine passe sur la lèvre droite de la plaie pariétale; on saisit l'utérus avec une pince de Museux, on le remet en bonne situation et on achève l'incision. Pas d'épanchement de liquide dans l'abdomen. Enfant extrait vivant (poids 2.655 grammes, longueur 46 cent.). Placenta extrait. On fait sortir l'utérus par la plaie, on entoure sa base d'un fil métallique, à peu près au niveau de l'orifice interne du col. Serre-nœud de Cintrat. Section de l'utérus avec un bistouri; il reste une petite portion de l'ovaire droit et le pavillon de la trompe. Suture de la paroi abdominale avec des fils de soie phéniquée. Moignon fixé à l'angle inférieur, et suturé à la plaie avec du catgut phéniqué. Cautérisation légère du pédicule avec le perchlorure de fer. 100 grammes de chloroforme consommé. Pansement de Lister.

Les jours suivants, vomissements, parfois un peu de fièvre, légères hémorrhagies par le pédicule; tympanisme; au huitième jour subdelirium? la malade se lève pour uriner; le lendemain trismus, puis opisthotonos; traitement par le chloral, le chlorhydrate de morphine, le chloroforme. Mort au dixième jour.

Autopsie. — Un peu de liquide séreux dans toutes les cavités; pas de péritonite; réunion partielle seulement de la plaie.

OBS. XXX. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* C. BRAUN, *le* 2 *avril* 1879; *succès pour la mère et pour l'enfant (résumée)* (1).

Femme de 25 ans, rachitique, ayant marché à 9 ans seulement. Grossesse à terme.

Le bassin a la forme caractéristique du bassin vicié par le rachitisme, et de plus est un exemple de bassin à promontoire double. Le deuxième promontoire étant formé par la réunion de la première avec la deuxième vertèbre sacrée.

Diamètre promonto-pubien minimum 6 cent. Microcorde gauche 5 cent., microcorde droite 6 cent.

Le 2 avril 1879, alors que la poche des eaux était rompue et les contractions énergiques, le Pr Braun pratiqua l'opération.

Incision de la paroi abdominale et de l'*utérus in situ*, hémorrhagie peu abondante. Extraction d'un enfant vivant pesant 2,700 grammes.

En faisant l'extraction de l'enfant, l'utérus fut entraîné en dehors de la cavité abdominale, ce qui facilita le placement de la chaîne de l'écraseur au niveau du cône utéro-cervical.

Suture abdominale et fixation du pédicule.

Pansement de Lister.

Le 17 mai, l'opérée parfaitement guérie se promenait dans les jardins de l'hôpital.

OBS. XXXI. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* BERRUTI, *le* 16 *mai* 1879; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (2).

Femme de 32 ans, taille 1 m. 32, rachitique, primipare. Bassin pseudo-ostéomalacique. Diamètre promonto-pubien minimum (*conjugata veza*), 4 cent. Abolition complète de l'espace cotyloïdien gauche. Travail avancé de quinze jours environ à la suite d'explorations répétées.

---

(1) Observation publiée par le Dr Welponer, assistant (*Contribuzione alla statistica della ovaro-isterotomia cesarea metodo Porro.* Communicazione fatta alla Societa medico-fisica di Firenze, nell' adunonza de di 27 aprile 1879, Firenze, Tipografia Germiniana, 1879) et in *Lo sperimentale*, juin 1879.

(2) *Annali di ostetrica ginecologia et pedratria*, juin 1879, p. 347.

Opération pratiquée le 16 mai 1879.

Incision de la paroi abdominale dans une étendue de 12 cent. environ. Incision de l'utérus et extraction d'un enfant vivant, puis du placenta. Extraction de l'utérus à travers la plaie abdominale, on le traverse aux trois quarts ; vers la réunion du corps et du col, on y pose un double fil de soie très solide qu'on serre vigoureusement.

Section de l'utérus. Hémorrhagie. Application du constricteur de Kœberlé au-dessus de la première ligature. Arrêt du sang.

Toilette phéniquée du péritoine. Suture de la paroi abdominale. Pédicule laissé très long pour éviter les tiraillements et fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Pansement phéniqué. L'opération qui a duré trente-cinq minutes a été faite du reste au milieu du nuage phéniqué.

Pas d'accidents pendant trente-six heures. Puis phénomènes de péritonite pendant deux jours, bientôt disparition des phénomènes morbides. Chute du pédicule le huitième jour. La malade se lève le quinzième jour avec un bandage de corps.

Obs. XXXII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* MANGIAGALLI, *assistant du professeur* CHIARA, *le* 19 *juin* 1879*; succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

Femme de 24 ans, primipare, à terme et en travail depuis vingt-quatre heures

Bassin vicié par le rachitisme : pseudo-ostéomalacique. Diamètre du bassin : promonto-sous-pubien 75 millim., mais en raison du rapprochement des branches pubiennes et ischio-pubiennes, l'espace laissé libre n'est guère que de 4 à 5 cent. Microcorde droite, 40 à 45 millim., microcorde droite, 35 à 40 millim. Diamètre biischiatique, 32 millim.

Opérée le 19 juin 1879, la poche des eaux était rompue et les battements du cœur fœtal à peine perceptibles.

Incision de la paroi abdominale et de l'utérus.

Extraction d'un enfant vivant. Ablation de l'utérus. Suture de la paroi abdominale et pédicule fixé au dehors. Pansement de Lister. Guérison.

---

(1) In *Annali di ostetricia, ginecclogia et pedratria,* Octobre 1879, p. 573.

OBS. XXXIII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le professeur* CHIARA, *le 28 août* 1879; *succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (1).

Secondipare. Première couche le 6 mars 1878. Céphalotripsie, vulvo-vaginite gangréneuse, endo et para-métrite. Habitus extérieur rachitique. Taille 1 m. 32.

La malade redevint bientôt enceinte, et comme elle tenait beaucoup à avoir un enfant vivant, on résolut l'opération césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique. Traitement tonique pendant quelque temps.

Œdème des membres inférieurs; pas d'albumine dans l'urine.

Opération le 28 août 1879, à 10 h. 20 du matin.

Incision de la paroi abdominale, Vomissements chloroformiques qui tendent à faire sortir les intestins. Incision de l'utérus, de 12 cent., hémorrhagie par un sinus. Extraction de l'enfant (poids 2,700 gr., longueur 47 cent. D. bipariétal 92 millim.). Utérus tiré hors du ventre; fil de fer recuit sur le pédicule; serre-nœud de Cintrat gr. modèle. Le fil se casse, on en met un autre. Section de l'utérus à 2 cent. au-dessus du fil.

Pendant la constriction, abaissement du pouls (de 100 à 50) et fréquence de la respiration (de 26 à 32).

Les vomissements se reproduisant, on plaça deux points de suture à l'angle supérieur de la plaie pour contenir plus facilement les anses intestinales. La constriction du pédicule étant terminée, et la surface de section étant bien pâle, on tord le fil constricteur, s'étant assuré par la lumière de la canule que la torsion est bien régulière, on enlève l'instrument et on place les fils à l'extérieur, en laissant deux longs chefs qui permettront de réappliquer le constricteur si quelque accident hémorrhagique l'exige.

Fixation du moignon à l'extérieur; suture du péritoine autour du moignon. Suture du reste de la plaie pariétale. Pansement de Lister.

Aucun accident. Chute du pédicule au douzième jour. Du douzième au vingtième jour, fièvre le soir (T. de 39 à 40°), sans autre phénomène morbide (sulf. de quinine et arsenic).

---

(1) *Annali di ostetricia, ginecologia et pedratria*, 1879.

Le vingt-unième jour la malade se lève sur son lit, le vingt-deuxième elle se lève. Sort au quarante-quatrième jour (le 11 octobre).

OBS. XXXIV. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* MATERNITA, *de Turin; mort de la mère* (1).

OBS. XXXV. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* PROVOST *de Moscou; succès* (2).

OBS. XXXVI. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée par le Dr* X..., *de Moscou; mort de la mère* (3).

OBS. XXXVII. — *Amputation utéro-ovarique pratiquée le* 19 *novembre* 1879, *par le Dr* LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *chirurgien des hôpitaux; succès pour la mère et pour l'enfant* (*résumée*) (4).

La nommée Aligner Elisa, âgée de 26 ans, couturière, entre à la Maternité le 27 octobre.

Elle a marché de bonne heure, puis est tombée malade et n'a pu recommencer à marcher qu'à l'âge de 6 ans.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement depuis, et d'une bonne santé habituelle.

Dernières règles du 15 au 19 février 1879.

Cette femme est de petite taille : 1 m. 25.

Elle présente les traces d'un rachitisme très prononcé. Cuisses courtes et incurvées...

Thorax bien conformé.

Le diamètre sacro-sous-pubien mesure à peine 8 centimètres.

Le fœtus est vivant; il se présente en S. I. G. P.

---

(1) Cette opération est mentionnée dans la statistique de Berruti, in *Annali di ostetricia, ginecologia e pedratria*, juin 1870, p. 353. Nous n'avons pu nous procurer les détails concernant cette observation.

(2) Cas signalé par un confrère russe venu à Paris visiter les pavillons Tarnier. Il ne peut nous donner d'autres renseignements.

(3) Cas signalé par un confrère russe venu à Paris visiter les pavillons Tarnier. Il ne peut nous donner d'autres renseignements.

(4) Inédite, communiquée par M. Lucas-Championnière.

Apparition des premières douleurs et commencement de travail le 19 novembre.

La présentation a changé et le fœtus est en O. I. D. P.

Ce début de travail s'arrête. Cependant l'opération est résolue pour ce même jour. Elle a donc lieu le 19 novembre à 3 heures de l'après-midi, dans une des salles de la Maternité.

Elle a été faite par M. Lucas Championnière, assisté de MM. Périer et Terrier et en présence de M. Tarnier.

Pulvérisation phéniquée pendant tout le temps. Section césarienne; l'opération tombe sur le placenta. inséré sur la face antérieure de l'utérus; flot de sang; compression des parois utérines à l'aide de fortes pinces en T. Puis extraction d'une fille vivante du poids de 2,700 gr. et du placenta.

L'utérus et ses annexes sont amenés hors de l'abdomen et enlevés suivant la méthode de Porro. Deux broches sont placées à l'union du col avec le corps et un fil de fer est serré en ce point avec le constricteur de Cintrat. Excision de toutes les parties situées au-dessus.

Sutures des parties abdominales à l'aide de six fils d'argent; pansement de Lister. Durée totale de l'opération, trois quarts d'heure.

La malade n'a presque pas eu de fièvre les jours suivants.

Elle a été pansée journellement.

Le 2 décembre il ne reste plus un seul fil d'argent; le pédicule est complètement tombé. Il existe à sa place une plaie rosée bourgeonnante et étroite en voie de cicatrisation.

La malade peut être considérée comme guérie.

(A suivre)

N° d'ordre.	DATES DE L'OPÉRATION.	NOMS DES OPÉRATEURS.	LIEUX OU L'OPÉRATION A ÉTÉ PRATIQUÉE.	CAUSES DE L'OPÉRATION.	RÉSULTATS. MÈRE.	RÉSULTATS. ENFANT.
1	1868. 21 juillet	Storer	Boston	Tumeur fibreuse	Morte le 4e jour	Mort avant l'opération.
2	1876. 21 mai	Porro	Pavie	Bassin vicié par rachitisme	Guérie	Vivant.
3	1877. 3 janvier	Inzani	Borgo San Domino (près de Parme)	Ostéosarcome du bassin	Morte le 4e jour	Vivant.
4	— 28 mars	Hegar	Fribourg	Bassin vicié par cyphose	Morte le 4e jour	Vivant.
5	— 25 avril	Previtali	Bergame	?	Morte	?
6	— 22 juin	Spaëth	Vienne	Bassin vicié par ostéomalacie.	Guérie	Vivant.
7	— 3 septembre	Id.	Id.	Id.	Morte le 8e jour	Mort avant l'opération.
8	— 5 —	C. Braun	Id.	Id.	Morte le 2e jour	Vivant.
9	— 16 décembre	Chiara	Milan	Bassin vicié par rachitisme	Morte le 5e jour	Vivant.
10	1878. 4 février	Muller	Berne	Bassin vicié par ostéomalacie.	Guérie	Mort avant l'opération.
11	— 11 avril	Franzolini	Udine	Anasarque, œdème pulmonaire.	Morte le 2e jour	?
12	— 14 —	Wasseige	Liège	Bassin vicié par rachitisme	Guérie	Vivant.
13	— 10 mai	C. Braun	Vienne	Id.	Guérie	Vivant.
14	— 22 —	Chiara	Milan	Id.	Morte le 4e jour	Vivant.
15	— 27 —	Tibone	Turin	Id.	Morte le 2e jour	Vivant.
16	— 12 juin	Litzmann	Kiel	Id.	Morte le 6e jour	Vivant.
17	— 9 juillet	Breisky	Prague	Id.	Guérie	Vivant.
18	— 3 août	Wasseige	Liège	Id.	Morte le 2e jour	Vivant.
19	— 23 —	Perolio	Brescia	Id.	Guérie	Vivant.
20	— 16 septembre	Riedinger	Brum	Id.	Guérie	Vivant.
21	— 7 octobre	Fehling	Stuttgart	Bassin vicié par cyphose	Morte le 5e jour	Vivant.
22	— 19 —	Chiara	Milan	Bassin vicié par ostéomalacie.	Guérie	Vivant.
23	— 13 décembre	G. Braun	Vienne	Bassin vicié par rachitisme	Morte le 2e jour	Vivant.
24	1879. 17 janvier	Tibone	Turin	Id.	Guérie	Vivant.
25	— 2 février	Fochier	Lyon	Bassin vicié par ostéomalacie.	Guérie	Vivant.
26	— 11 —	Cuggi	Crémone	?	Morte	?
27	— 24 —	Tarnier	Paris	Tumeur fibreuse	Morte le 3e jour	Mort avant l'opération.
28	— 1er mars	Tibone	Turin	Bassin vicié par rachitisme	Morte le 2e jour	Vivant.
29	— 20 —	Tarnier	Paris	Id.	Guérie	Vivant.
30	— 20 —	Peyretti	Turin	Id.	Morte le 10e jour du tétanos.	Vivant.
31	— 2 avril	C. Braun	Vienne	Id.	Guérie	Vivant.
32	— 16 mai	Berutti	Turin	Id.	Guérie	Vivant.
33	— 19 juin	Mangiagalli	Milan	Id.	Guérie	Vivant.
34	— 28 août	Chiara	Id.	Id.	Guérie	Vivant.
35	?	Maternità	Turin	?	Morte	?
36	?	Prevost	Moscou	?	Guérie	?
37	?	?	Id.	?	Morte	?
38	— novembre	L.-Championnière	Paris	Bassin vicié par rachitisme	Guérie	Vivant.

TOTAL..... { 18 mères guéries. 20 — mortes. } 28 enfants vivants. 4 morts avant l'opération. 6 dont le sort nous est inconnu.

DE L'AMPUTATION DU BRAS PROCIDENT,

PRATIQUÉE DANS LE BUT DE FACILITER LA VERSION.

Par **L. Pénard** (de Rochefort).

On sait que cette opération a été l'objet d'une réprobation presque universelle, depuis Baudelocque et Mme Lachapelle. C'est qu'avant eux, on l'avait pratiquée trop souvent, hélas ! alors que l'enfant était vivant, et même quelquefois avec l'intention de lui conserver la vie, et que les auteurs, depuis Portal surtout, par trop préoccupés de l'idée qu'une pareille barbarie pourrait encore être commise par des praticiens peu réfléchis, avaient cru devoir la proscrire d'une façon absolue et sans aucune restriction. Il eût été si naturel, pourtant, d'établir une distinction, selon que l'enfant qui allait être ainsi mutilé était vivant ou mort !... Mais, non, cette distinction, personne avant Cazeaux n'avait songé à la faire, pas même Paul Dubois, le plus grand accoucheur de notre époque; autrement, il n'eût certainement pas proscrit cette pratique, comme il l'a fait, en la traitant de *barbare* et en ajoutant (v. le 30e v. du répertoire général des sciences médicales, 2e édit., p. 695) « que, *en aucun cas*, il ne devait plus être permis à un « homme *instruit* d'en faire usage. » — Et nous voyons Chailly (Honoré), l'interprète avoué, il est vrai, des doctrines du maître, ne modifier pour ainsi dire en rien ce jugement sévère ; « Je ne « puis admettre, dit-il (page 721 de son Traité, 2e édit.) que, « *dans aucun cas*, la présence du bras, puisse s'opposer à la « version, et, alors, après avoir épuisé tous les moyens propres « à faciliter cette opération, si elle était encore impossible et « que la mère fût en danger, je me garderais bien d'amputer le « bras, mais je pratiquerais l'embryotomie. »

C'est réellement Cazeaux qui, le premier, songe à faire une réserve pour le cas où l'enfant aurait cessé de vivre,

« Sacrifier le bras, l'amputer, dit-il (page 865 de son Traité, « 4e édit.) est un procédé *barbare* quand le fœtus est vivant, et « *le plus souvent inutile* quant il est mort. »

Voilà au moins qui est sagement jugé ; nous pensons ainsi. Cependant, nous remplacerions volontiers le second membre de la phrase par celui-ci « *mais qui peut avoir son utilité quand il est mort*, » et nous serions plus près encore de la vérité.

Oui, certes, cette opération est barbare, quand elle est pratiquée sur un enfant qui vit encore, ne battrait-il que d'une aile, comme on dit vulgairement ; et mieux vaut cent fois alors, pour délivrer la femme en danger, en venir tout de suite à l'embryotomie classique, régulière, plutôt que de recourir à la simple amputation du bras qui pourrait, malgré la mutilation (cela s'est vu), faire naître l'enfant encore vivant.

Mais, si cet enfant a déjà cessé de vivre, si sa mort peut être bien dûment constatée, le procédé ne perd-il pas, évidemment, tout caractère de scélératesse (Burton), d'atrocité (Lemoine), et même de simple barbarie (P. Dubois), pour n'être plus qu'un premier temps de l'embryotomie proprement dite, qu'une manœuvre très permise, pouvant faciliter l'achèvement d'une version jugée impraticable sans cela et dispenser d'une opération bien plus difficile, plus longue et plus grave, — la section du fœtus en deux tronçons à extraire, ensuite, l'un après l'autre ?

Reste à savoir, maintenant, si, comme le dit Cazeaux, elle est *le plus souvent inutile*. « La présence du bras dans le vagin, « a-t-on dit, n'est pas le principal obstacle à la version ; Cet « obstacle gît dans la contraction spasmodique du col, d'abord, « puis surtout dans la rétraction comme tétanique du corps « même de l'utérus, complètement vide d'eau et exactement « collé, à la manière d'un gant, sur les différentes parties de « l'enfant : et, par conséquent, l'ablation du bras procident ne « saurait être d'aucune utilité : c'est l'embryotomie totale qui « seule, alors, peut rendre service. »

Mais, il y a, dans cette opinion, que partagent tous les détracteurs de l'opération, une exagération de parti-pris ; il va

nous être facile de le démontrer par le raisonnement et surtout par des faits, ce qui vaut mieux encore.

Pour ce qui est du raisonnement, nous laisserons la parole à l'un de nos plus grands chirurgiens et, de plus, obstétricien éminent, Velpeau, qui, après avoir condamné sévèrement l'opération en question, s'exprime ainsi : (page 345 de son Traité, 2e édition).

« L'ablation du membre, cependant, facilite en réalité la « version, et voici comment : Le point d'appui que le bras four- « nissait aux contractions utérines dans le col étant détruit, « le déplacement du fœtus devient évidemment plus facile. Les « efforts exercés par la main sur la poitrine repoussent dès lors « cette partie du tronc avec plus d'aisance, on ne peut le con- « tester. L'enfant, une fois ébranlé, en partie dégagé du détroit « supérieur où il était comme enclavé, s'oppose moins ensuite « à l'introduction de la main et à la recherche des pieds. Sous » ce point de vue, l'amputation du bras favorise donc la version, « tandis qu'elle ne serait presque d'aucun avantage, s'il ne « s'agissait que de rendre le col plus accessible aux doigts de « l'accoucheur, »

« La question mérite encore d'être envisagée sous un autre « rapport. Si la présence du bras n'est pas l'obstacle principal, « ni de nature à rendre la version absolument impossible, elle « coïncide au moins avec une position qui peut entraîner de « graves dangers pour la mère et pour l'enfant. Il faut, par « conséquent, comparer ce danger avec ceux qu'entraîne la « version *forcée*, avec ou sans ablation du membre. Les violences « exercées par la main exposent aux contusions, aux inflam- « mations de toute espèce, à la mortification, au ramollissement « et surtout aux ruptures de la matrice. On arrive rarement aux « pieds sans avoir écrasé la poitrine ou l'abdomen du fœtus, « dont le pelotonnement est d'ailleurs accompagné de tractions « ou de contusions qui le font presque toujours périr avant que « la version ne soit complète. L'amputation du bras permettant « de relever un peu plus aisément la poitrine et *de créer une* « *espèce de vide dans la matrice*, met à même d'éviter une partie

« de ces dangers, mais sans les conjurer tout à fait, puisqu'il « faut également faire la version et contourner l'enfant. »

Mais, pour que *le jour qu'on va se faire ainsi dans la matrice* puisse être utile à l'achèvement de la version, il ne faut pas, qu'on le remarque bien, avoir affaire à un bassin mal conformé, irrégulier, rétréci; autrement, après la mutilation, la version ne pourrait être achevée; il est donc essentiel que l'opérateur sache bien d'avance que la femme a un bassin normal ou à peu de chose près, permettant le passage d'un fœtus ordinaire. Et cette connaissance il la possède, sans avoir recours à une mensuration, du moment qu'il apprend que la femme a eu déjà un ou plusieurs accouchements à terme et s'étant effectués sans trop de difficultés. La mensuration ne deviendrait nécessaire que s'il s'agissait d'une primipare d'apparence extérieure douteuse.

Ce n'est pas évidemment, dans sa própre clientèle, qu'un accoucheur attentif et tant soit peu habile verra surgir des cas de présentation de l'épaule arrivant à ce degré de gravité. Surveillant attentivement la dilatation du col, il pratiquera la version dès qu'elle sera possible et il réussira, du moment que la femme est bien conformée.

Ces cas si graves, où la version, malgré une conformation assez régulière, est devenue impraticable, il les rencontrera, comme nous avons rencontré ceux que nous allons relater, à la campagne, le plus souvent, et quelquefois même en ville, chez de pauvres femmes assistées par des matrones sans instruction suffisante, maladroites et surtout pleines d'outrecuidance, s'imaginant qu'avec du temps et quelques tours de mains, elles aboutiront à terminer elles-mêmes la délivrance. Elles attendent douze heures, quinze heures, vingt-quatre heures quelquefois, essayant d'aller à la recherche des pieds, donnant, cela va sans dire, du seigle ergoté à assez fortes doses, allant même, dans leur trouble et leur impatience, jusqu'à tirer sur le bras procident; elles font si bien, enfin, que l'utérus se vide du reste des eaux qu'il pouvait garder encore et qu'il se rétracte tétaniquement sur le fœtus; et ce

n'est que lorsqu'elles perdent tout espoir d'avoir les honneurs de l'accouchement, qu'elles se décident à faire appeler un homme de l'art.

Or, si celui-ci se trouve en présence de difficultés et de conditions semblables à celles que nous allons exposer dans nos observations, nous ne voyons pas pourquoi, s'il est suffisamment instruit, s'il est incapable de méconnaître la mort réelle d'un fœtus, il n'essayerait pas, le cas échéant, de se rendre la version praticable par la simple ablation du bras, avant d'entreprendre l'embryotomie régulière qui exige toujours une certaine préparation et fait perdre du temps, par conséquent.

Du reste, voici les faits que nous avons à apporter à l'appui du raisonnement de Velpeau :

Observation I.

Le 7 mars 1876, nous sommes appelé, en pleine campagne, pour aider un de nos confrères à terminer une version *diabolique*. Il s'agit d'une présentation de l'épaule *droite*, chez une tertipare, première position (C. I. G.), dos en avant, par conséquent. Le bras droit est tout entier dans le vagin, la main hors de la vulve, et c'est l'apparition de ce bras qui, seule, porte la sage-femme à demander l'assistance de notre confrère.

Celui-ci, praticien expert, a pu saisir un pied, le gauche; mais, malgré de vigoureuses tractions, il n'a pu l'amener qu'au tiers supérieur du vagin. Il nous fait venir. Nous reprenons les tractions sur ce pied, tout en relevant fortement de la main gauche le dos de l'enfant au travers de l'hypogastre : mais nos efforts sont infructueux. Après un repos de quelques minutes, nous renouvelons nos tractions sur le pied, nous aidant cette fois d'un lacs solide que nous avons réussi à porter sur lui, mais sans plus de résultat. C'est que la tête du fœtus est très haut placée vers le fond de l'utérus, couchée, par conséquent, par son côté gauche sur l'épaule correspondante et que la jambe sur laquelle nous tirons s'est glissée sous le menton et engagée entre ce menton et le devant du thorax ; de sorte que nos tractions, loin de faire rouler le tronc sur son axe, comme il le faudrait pour que l'épaule remontât, ne font qu'engager celle-ci de plus en

plus. L'idée nous vient alors, — malgré notre répugnance à déroger aux préceptes de nos maîtres, — de pratiquer l'ablation du bras procident. Mais, auparavant, nous nous assurons que l'enfant a bien cessé de vivre. Tout le méconium est sorti; l'auscultation ne donne rien du côté du cœur, et le toucher pas davantage du côté du cordon qui pend dans le vagin, ni du côté de l'artère du bras procident. La mort du fœtus n'est donc plus douteuse. — Alors nous engageons notre main gauche dans le vagin par derrière le bras que nos doigts enveloppent le plus haut possible, comme d'un spéculum sentant, et, pendant que notre confrère tire vigoureusement sur le membre, nous détachons celui-ci par quelques coups de ciseaux. Cela fait, nous revenons à nos tractions sur le pied resté au détroit supérieur, et nous ne trouvons plus, à notre grand étonnement, l'ombre d'une difficulté à amener au dehors un gros enfant du sexe masculin. La femme, huit jours après, complètement rétablie, vaquait à ses affaires.

Observation II.

Le 15 mars 1877, une famille de la Rochelle nous fait appeler au secours d'une jeune femme secundipare, en travail depuis au moins vingt-six heures et dont l'enfant est *mal placé*. Et effectivement, nous nous trouvons en présence d'une présentation de l'épaule *gauche*, 1re position (C. I. G.), dos en arrière, par conséquent. Dès la veille, il y a eu des tentatives répétées de version podalique, faites d'abord par une jeune sage-femme attachée à la Maternité, plus tard par deux praticiens assez expérimentés. Puis, on s'est livré à l'expectation avec des bains et des calmants... A notre arrivée, il y avait *quinze heures* que la dilatation du col était complète et que le bras était tout entier dans le vagin, la main entre les grandes lèvres. Nous essayons immédiatement d'aller à la recherche des pieds. A grand'peine nous arrivons à en toucher un du bout des doigts; mais le placenta, décollé par les tentatives précédentes, s'interpose entre nos doigts et ce pied, et nous empêche de saisir celui-ci assez solidement. Nous retirons notre main engourdie; nous faisons quelques légères inhalations chloroformiques pendant cinq minutes, puis nous revenons à la charge, mais sans être plus heureux. Comme la femme nous paraît un peu ensellée et que le ventre est sensiblement en besace, nous faisons placer la pauvre patiente, tout épuisée qu'elle

est déjà par un travail si long et si douloureux, sur les genoux et les coudes; mais cela ne nous réussit pas mieux. L'utérus est à l'état tétanique et la main n'y trouve plus place. Il n'y a plus évidemment à songer qu'à l'embryotomie. Mais le temps presse et nous proposons d'abord la simple amputation du bras, qui est acceptée par les deux confrères qui ont succédé à la sage-femme. Nous nous assurons donc de nouveau de la mort de l'enfant. Le cœur ne donne rien à l'auscultation; l'artère brachiale, rien au toucher; le méconium est sorti en entier et la main qui est à la vulve est froide, noirâtre et couverte de vastes phlyctènes. Nul doute que l'enfant ne soit bien mort. Alors, à petits coups de ciseaux et avec les plus grandes précautions, parce que la muqueuse vaginale est très gonflée et irritée, nous détachons le membre procident un peu au-dessous de la tête de l'humérus. Et, cela fait, nous nous empressons de réintroduire notre main qui, à notre grande satisfaction, peut saisir de suite le pied droit et l'amener à la vulve; le reste n'est plus qu'un jeu. Malheureusement, la pauvre opérée ne peut résister à tant de souffrances, et, trois heures à peine après l'accouchement terminé, elle meurt d'épuisement, de *sidération nerveuse*; rien ne peut réussir à la faire réagir.

Observation III.

Le 22 juin 1879, un de nos jeunes confrères, de Rochefort même, nous fait prier de voler à son aide: il est en présence d'une présentation de l'épaule gauche, 1re position (C. I. G.), dos en arrière, par conséquent. Une jeune sage-femme sans expérience qui devait faire l'accouchement, au lieu de prévenir immédiatement un médecin dès qu'elle reconnaît la mauvaise position [du fœtus, s'est empressée malheureusement de donner du seigle ergoté, puis d'essayer de faire la version, et elle n'a abouti, bien entendu, qu'à vider l'utérus du peu d'eau qu'il pouvait contenir encore et à le faire se rétracter complètement sur lui-même. Toujours est-il que notre confrère trouve une impossibilité absolue à arriver jusqu'aux pieds de l'enfant et qu'il réclame au plus vite notre assistance. Sitôt rendu, nous essayons d'être plus heureux que lui, mais en vain; une deuxième fois, une troisième fois, toujours inutilement. Alors, fort de notre succès tout récent de la Rochelle, avant d'en venir à l'embryotomie proprement dite, nous songeons à l'amputation du bras, du moment que le fœtus

nous paraît avoir cessé de vivre. Nous nous en assurons pourtant encore par l'examen le plus attentif, et, après avoir fait partager notre conviction sur ce point à tous les assistants, nous nous armons des ciseaux de la sage-femme, qui sont à branches solides, et, en quelques minutes, à petits coups, nous pratiquons la section du bras. Après quoi, nous réintroduisons notre main dans l'utérus où nous pouvons saisir de suite le pied droit, avec lequel nous entraînons rapidement tout le reste d'un gros garçon fortement charpenté. Il ne survient aucun accident chez la mère et, aujourd'hui, 30 juin, elle se dispose déjà à reprendre son train de vie habituel.

Eh bien ! nous le demandons, est-ce que ces faits-là, tout peu nombreux qu'ils sont, ne suffisent pas à démontrer que l'amputation du bras, dans le cas de présentation très-engagée de l'épaule, peut, chez une femme bien conformée, *en créant du vide dans l'utérus*, comme le dit fort bien Velpeau, rendre praticable une version qui ne l'eût pas été sans elle? Et quand il a été bien dûment constaté que l'enfant ne donne plus signe de vie, qu'on n'a plus à agir que sur un cadavre, que peut donc avoir cette opération de plus barbare que l'embryotomie classique?

Dans notre *Manuel* (5ᵉ édit., p. 580) nous condamnons sévèrement en principe cette amputation du bras. Nous aurions donc mauvaise grâce aujourd'hui, à tenter son entière réhabilitation. Seulement, comme elle vient de nous réussir dans trois circonstances graves, il nous est difficile de ne pas essayer de la relever un peu de l'anathème qui pèse encore sur elle et de ne pas l'indiquer aux praticiens *instruits* comme un moyen qui peut à l'occasion leur rendre un véritable service.

Nos conclusions seront donc celles-ci :

L'amputation du bras procident, dans un cas de présentation de l'épaule, quelque difficulté qu'on éprouve à faire la version, ne devra jamais être proposée *si l'enfant donne le moindre signe de vie*. En pareille occurrence, comme le dit fort bien M. A. Pinard, c'est à l'embryotomie proprement dite que le médecin-accoucheur doit songer tout d'abord et non pas à une simple mutilation qui amènerait peut-être l'enfant encore vivant.

Mais, dans un cas analogue à ceux que nous avons cités, *si*

l'enfant a cessé de vivre, *si sa mort ne laisse aucun doute*, et si, d'un autre côté, le bassin de la femme est normal ou à peu de chose près, pourquoi reculerait-on devant l'ablation du membre procident qui pourrait, dans bien des cas, croyons-nous, dispenser de l'embryotomie totale, régulière, opération plus longue et partant plus dangereuse ?

Dr Pénard (de Rochefort).

Le nom et la valeur de M. le Dr Pénard sont trop connus pour que tout ce qui émane de cet auteur n'attire point vivement l'attention. Aussi est-ce en raison même de l'autorité qui s'attache au nom de notre vénérable confrère que nous tenons à faire nos réserves et à présenter quelques réflexions concernant l'article qui précède.

Ayant eu pour sujet d'une de nos thèses d'agrégation la question suivante à traiter : *Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens qui peuvent remplacer cette opération*, nous avons dû nécessairement nous occuper de la question soulevée par le Dr Pénard et nous avons donné notre appréciation concernant la brachiotomie dans un paragraphe intitulé : *Méthode de la version forcée*, appréciation que nous reproduisons.

« Quant à la brachiotomie isolée, opération qui a eu le privilège de passionner tant de générations d'accoucheurs, elle peut dans certains cas rendre des services. Nous l'avons vue donner de bons résultats entre les mains de Œhler, de M. Depaul, obs XLIII, et de M. Blot, obs. XLII. Nous savons que plusieurs fois aussi MM. Pajot et Stoltz ont pu achever des versions jugées jusque là impossibles, après une simple amputation du membre supérieur.

« Pourquoi cette simple section suffit-elle dans ces cas? Est-ce parce que el conduit vaginal est débarrassé du membre procident? assurément non. C'est parce que l'épaule étant coupée on obtient tout de suite le résultat que recherchait en vain Burton avec sa béquille.

« L'épaule ou plutôt la région axillaire, s'élève, remonte

jusqu'au détroit supérieur et l'extrémité inférieure de la tige fœtale peut alors basculer. Tandis que si la saillie scapulaire est entière, le bord supérieur de l'épaule s'immobilise au niveau du bord inférieur ou de la face postérieure de la symphyse.

« En résumé, brachiotomie, éviscération, permettant la version forcée, nous semblent devoir rester des opérations rares, des opérations de nécessité, elles offrent moins de garantie pour la mère que la section complète du tronc ou du cou » (1).

Aujourd'hui, plus que jamais, nous n'avons rien à ajouter à ces lignes, nous persistons à croire que quand le praticien se trouve en face d'un de ces cas, rares heureusement et qui le deviendront, nous l'espérons, chaque jour de plus en plus, où l'embryotomie est fatalement nécessaire, ce ne sera pas à l'embryotomie partielle qu'il faudra recourir. Car après la section du bras, il faut introduire la main dans l'utérus contracté, tétanisé sur les parties fœtales ; de plus il faut faire évoluer le fœtus afin de ramener l'extrémité pelvienne en bas, toutes choses qui exposent l'opérateur à rompre l'utérus, tandis que la section complète du tronc ou du cou, n'entraînant pas la distention de la paroi utérine, n'expose pas la femme à un aussi grand danger de mort.

A. Pinard.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

I. De l'hystérotomie dans le traitement des fibromes et des cystofibromes de l'utérus, par M. Duplay. — Dans la dernière séance,

---

(1) Pinard. *Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens de remplacer cette opération.* Paris, 1875, p. 133 et 134.

j'ai pris la parole pour appuyer les assertions de M. Tillaux, et dire que j'étais totalement partisan de l'hystérotomie ou hystérectomie dans le traitement des fibromes ou cysto-fibromes de l'utérus.

Les premières opérations pratiquées l'ont été à la suite d'erreurs de diagnostic par des chirurgiens qui croyaient avoir affaire à des tumeurs ovariennes.

Kimball paraît être le premier chirurgien qui entreprit, en 1853, de propos délibéré, d'enlever l'utérus pour un fibrome. Son exemple fut suivi plus tard, et les observations d'hystérectomie se sont multipliées depuis une quinzaine d'années. En France, cependant, on s'est montré peu favorable à cette opération, qui n'a guère été pratiquée avec succès que par MM. Kœberlé et Péan. Le plus grand nombre des observations nous viennent de l'étranger.

Je relève ici quelques statistiques des opérations pratiquées jusqu'à l'année dernière, opérations que je diviserai en deux catégories :

1° Laparotomies pratiquées pour des fibromes;

2° Laparotomies pratiquées pour des tumeurs fibro-cystiques.

Laparotomies pour fibromes.

A. On enlève le fibrome en laissant l'utérus. Tumeurs sous-péritonéales plus ou moins pédiculées : 17 laparotomies, 5 guérisons, 12 morts; soit 70,5 pour 100 de mortalité.

B. On enlève tout l'utérus : 55 laparotomies, 23 guérisons, 32 morts; soit 58 pour 100 de mortalité.

Laparotomies pour cysto-fibromes.

41 laparotomies : 22 guérisons, 19 morts; soit 46,4 pour 100 de mortalité.

Ces statistiques partielles sembleraient prouver que l'hystérotomie est moins grave pour les cysto-fibromes que pour les fibromes purs.

Si nous réunissons ces statistiques partielles, nous trouvons : Sur 113 laparotomies suivies, 50 guérisons et 63 morts d'hystérectomies; soit 44,2 pour 100 de guérison et 57,7 pour 100 de morts.

Les chiffres précédents suffisent assurément pour justifier l'hystérectomie dont la mortalité n'est pas, en somme, supérieure à celle des grandes opérations de la chirurgie. Cependant je tiens à faire remarquer qu'il y a encore une différence énorme entre la gravité de

l'ovariotomie et celle de l'hystérectomie, et qu'au point de vue de la mortalité, l'assimilation entre ces deux opérations ne peut être complète. Aussi, tout en me déclarant partisan de l'hystérectomie, j'estime qu'elle doit être réservée comme une ressource extrême dans les cas où le traitement médical a échoué ou lorsque la tumeur devient une cause de danger imminent pour les malades.

J'ai pensé intéresser l'Académie en lui communiquant deux observations d'hystérotomie que j'ai pratiquée pendant ces trois dernières années.

Observation I. — *Fibrome utérin. Hystérotomie. Mort.* — La nommée K..., âgée de 41 ans, est entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Louis le 29 août 1876.

Réglée à 15 ans, cette femme a eu deux enfants, dont le dernier il y a quinze ans. Ce second accouchement a été suivi d'une métrorrhagie abondante, puis de pertes blanches qui ont longtemps persisté.

Au mois de janvier 1876, la malade s'aperçut que son ventre augmentait de volume ; puis elle fut prise, au mois de mars, d'une métrorrhagie abondante qui dura quinze jours et se reproduisit le mois suivant, s'accompagnant de douleurs abdominales et de vomissements.

Après deux époques normales, nouvelle perte de sang très abondante, pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital, et qui a persisté jusque vers le 15 septembre. Pendant tout ce temps il y a eu de violentes douleurs de l'abdomen, surtout dans le côté gauche, avec fièvre, vomissements.

Lorsque je vois la malade pour la première fois, en reprenant le service au commencement du mois d'octobre, je la trouve dans l'état suivant :

Le ventre offre le volume d'une grossesse à terme; il est occupé par une tumeur de forme inégale, partagée en trois gros lobes occupant les régions hypogastrique, ombilicale et iliaque droite. Matité absolue de tout l'abdomen, excepté dans la région épigastrique et dans les flancs, où l'on constate une sonorité tympanique. Consistance très-ferme, donnant bien la sensation du fibrome, excepté au niveau de la fosse iliaque droite, où l'on trouve une apparence de fluctuation. La portion supérieure de la tumeur (lobe ombilical) paraît mobile ; la portion inférieure (lobes hypogastrique et iliaque

droit) semble au contraire presque immobile. Dans les diverses explorations on perçoit un frottement péritonéal très net.

L'utérus, placé très haut, est incliné sur le côté droit; le doigt reconnaît dans le cul-de-sac antérieur une masse considérable, très-dure, correspondant au lobe hypogastrique de la tumeur, et à laquelle il est possible d'imprimer des mouvements de bas en haut. Dans le cul-de-sac postérieur on constate la présence d'un fibrome utérin gros comme une noix.

Les mouvements imprimés à la masse de la tumeur abdominale se communiquent à l'utérus et *vice versa.*

L'état général est peu satisfaisant : anémie profonde, décoloration des muqueuses et de la peau, bruit de souffle cardiaque, amaigrissement très prononcé et perte des forces. Les fonctions digestives sont cependant assez bonnes, sauf une constipation opiniâtre. L'examen des organes ne révèle aucune lésion sérieuse.

Le diagnostic fut ainsi formulé : tumeur fibreuse de l'utérus, et, en raison de l'altération rapide de la santé générale en même temps que de l'accroissement continu et du volume de la tumeur, une intervention prompte fut décidée.

L'opération a été faite le 26 octobre 1876, avec l'assistance de mes collègues MM. Terrier et Lucas-Championnière, et des élèves du service.

La malade avait été placée la veille dans un pavillon isolé, dans le jardin de l'hôpital, et sans avoir recours aux pratiques de la méthode antiseptique, toutes les précautions habituelles ont été prises avant et après l'opération.

Incision médiane depuis l'ombilic jusqu'au voisinage de la symphyse; ouverture du péritoine sur la sonde cannelée, donnant issue à une petite quantité de liquide ascitique. Aussitôt il se présente entre les lèvres de la plaie une tumeur mollasse, rosée, à parois très minces, et se terminant en bas, vers le milieu de l'incision, par un bord tranchant offrant deux échancrures. A sa partie supérieure, cette tumeur présente des adhérences épiploïques que l'on tente de détruire avec le doigt, mais leur déchirure donne lieu à un tel écoulement de sang que l'on est contraint de les diviser entre deux ligatures.

En raison de la friabilité extrême de la masse qui ne permet pas d'exercer de tractions directes sur elle, il devient nécessaire, pour atteindre sa limite supérieure, d'agrandir par le haut l'incision qui est prolongée en contournant l'ombilic à gauche jusqu'à 3 centimè-

tres au-dessus. Il devient alors possible, à l'aide de légères tractions et avec la main introduite à plat, d'amener la tumeur à l'extérieur et de s'assurer que cette masse molle est une portion surajoutée à la tumeur principale qui occupe l'hypogastre et la bassin, et qui présente les caractères extérieurs du fibrome.

La totalité de la tumeur étant engagée avec de grands ménagements entre les lèvres de l'incision, on constate deux adhérences intestinales, l'une avec le côlon transverse, l'autre avec une portiou d'intestin grêle. Ces adhérences assez lâches sont facilement détruites en les coupant entre deux ligatures. Quoique dégagée de ses adhérences, la tumeur pelvienne est encore trop volumineuse pour être attirée au dehors.

Je procède alors au morcellement de la masse à l'aide de fils de fer doubles qui servent à étreindre de chaque côté deux portions de la masse, qui est excisée au-dessus de ces ligatures. Un deuxième morcellement devient nécessaire pour extraire la portion pelvienne de la tumeur. Enfin il est possible d'atteindre la partie supérieure du col utérin, que l'on traverse avec deux broches en fer, au-dessous desquelles est placée une anse de fil de fer que l'on serre fortement avec un serre-nœud. Cette ligature comprend l'ovaire et la trompe du côté droit. L'ovaire gauche était englobé dans la tumeur. La dernière excision pratiquée au-dessus des broches réduisait le pédicule de la tueur à environ 4 centimètres de diamètre.

Toilette du péritoine ; sutures et pansements comme d'habitude.

La tumeur, du poids de 4 kilogrammes, était entièrement solide, excepté dans la masse qui s'est montrée à l'extérieur au commencement de l'opération, et qui renferme un gros kyste sanguin. En outre, certains points de la tumeur sont ramollis, jaunâtres, roses, et présentent l'aspect du myxo-sarcome. La plus grande partie de la tumeur offre les caractères du fibrome. Elle est entourée d'une enveloppe plus résistante qui paraît constituée par le tissu utérin hypertropié et étalé à sa surface.

Le malade s'est reveillée lentement et est restée dans un état de dépression dont on a pu difficilement la faire sortir, en lui administrant de l'alccool à forte dose. Le pouls a toujours été petit, et fréquent à 120. La température, qui était à 37,4 après l'opération, s'est élevée à 38, sans dépasser ce chiffre. Pas de douleur, pas de météorisme du ventre, pas de vomissements. La mort est survenue à la fin du second jour, par suite de l'épuisement continu de la malade.

A l'autopsie on n'a trouvé aucune trace de péritonite ; la cavité du petit bassin renfermait une petite qnantité de liquide sanieux, séro-purulent. La ligature portait bien sur la partie supérieure du col de l'utérus.

Observation II. — *Fibrome utérin. Hystérotomie. Guérison.* — La nommée S. A..., âgée de 26 ans, m'est adressée de Gap par le Dr Blanc. Non mariée et vierge, cette jeune fille a été réglée à l'âge de 14 ans. Les règles étaient très régulières et duraient trois ou quatre jours. Il y a environ dix-huit mois, il y eut cinq ou six ménorrhagies assez abondantes pour forcer la malade à garder le lit ; puis les règles se sont supprimées depuis ce moment, à l'exception de trois époques qui se montrèrent en novembre et en décembre 1878 et janvier 1879.

L'augmentation du volume du ventre paraît avoir précédé de quelques mois seulement les ménorrhagies, c'est-à-dire qu'elle a commencé à être remarquée il y a environ deux ans. Vers la même époque, la malade a été prise de quelques accidents résultant probablement d'une poussée de péritonite et consistant en douleurs abdominales, vomissements, fièvre ; en même temps, les jambes, et surtout la jambe gauche, étaient le siège d'un œdème assez considérable, accompagné de douleurs. Les accidents aigus semblent avoir disparu en l'espace d'une ou deux semaines.

Le ventre a augmenté graduellement de volume au point de rendre tout travail impossible.

Lorsque j'examine pour la première fois cette malade, je constate que l'abdomen est plus volumineux que dans une grossesse à terme et qu'il mesure 1 mètre à l'ombilic. La peau, considérablement distendue, est sillonnée par quelques veines dilatées. La cicatrice ombilicale est effacée.

La forme du ventre n'est pas très régulière, et il est facile de se convaincre que la tumeur qui distend sa cavité est formée de plusieurs grosses bosselures, au nombre de 5 à 6, et dont le volume est approximativement celui d'une tête de fœtus. Matité absolue de tout l'abdomen, même à la région épigastrique ; un peu de sonorité seulement dans la partie la plus reculée des flancs.

Dans son ensemble la tumeur présente une consistance assez grande, quoique inégale ; dans la portion sous-ombilicale la tumeur est rénitente, pseudo-fluctuante. A droite et au-dessous de l'ombilic

on constate la présence d'une petite quantité de liquide ascitique, que l'on fait circuler dans la rainure assez profonde qui sépare deux bosselures de la tumeur.

Celle-ci paraît assez mobile et se déplace latéralement; elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. Dans les explorations qu'on lui fait subir, on perçoit un frottement péritonéal très net. Il n'y a d'ailleurs aucune sensibilité, ni spontanée, ni provoquée.

Le toucher vaginal permet de reconnaître la présence de l'hymen. L'utérus est petit, mobile dans tous les sens, et *paraît indépendant de la tumeur abdominale*. Les culs-de-sac sont effacés, probablement par le liquide ascitique. Les besoins d'uriner sont fréquents, mais la miction s'exécute sans douleur. Il y a de la constipation.

Œdème des membres inférieurs lorsque la malade se lève.

La santé générale commence à s'altérer sérieusement. La malade a maigri et ses forces l'ont abandonnée au point qu'il lui est devenu impossible de travailler et même de marcher, Cependant les fonctions s'exécutent encore normalement et la malade est loin d'être cachectique.

Une particularité qu'il est intéressant de noter, c'est que depuis le début de la maladie, cette jeune fille a remarqué une modification profonde dans la couleur des téguments de la face, qui s'est couverte de taches pigmentaires très-étendues, dont la largeur et la coloration s'accusent de plus en plus et rappellent le *masque* de la grossesse.

Le diagnostic de cette énorme tumeur était douteux, et j'hésitais entre un fibrome utérin et un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Contrairement à la pratique que j'ai l'habitude de suivre, je ne fis pas de ponction exploratrice, par la double raison que j'étais obligé, par suite de circonstances particulières, d'opérer sur-le-champ cette malade, et parce que, dans l'une ou l'autre hypothèse, la laparotomie était seule indiquée. L'énorme volume de cette tumeur, sa mobilité et son indépendance apparente de l'utérus, ainsi que l'absence d'hémorrhagies me faisaient pencher, je l'avoue, vers l'idée d'un kyste multiloculaire.

L'opération fut faite le 15 août, dans la maison de santé du Dr Carles, avenue du Roule, avec l'assistance de MM. Duret et Reynier, prosecteurs de la Faculté, et des élèves de mon service. Je n'ai pas eu recours aux procédés de la méthode antiseptique, j'ai mis en usage toutes les précautions usitées dans le manuel opératoire ordinaire de l'ovariotomie.

Après anesthésie, incision sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'au voisinage de la symphyse. La paroi abdominale est très mince et peu vasculaire. Le péritoine, ouvert sur la sonde cannelée, contient une petite quantité de liquide ascitique; il n'y a pas d'adhérences. La tumeur se présente entre les lèvres et la plaie; sa surface est lisse, blanchâtre, parcourue par des vaisseaux énormes. Malgré sa consistance très ferme, je pratique une ponction avec le gros trocart aspirateur, sans obtenir une seule goutte de liquide. Tous les points accessibles de la tumeur paraissant offrir la même consistance, je renonce à ponctionner. Je prolonge alors l'incision vers la partie supérieure, en contournant l'ombilic à gauche, jusqu'à égale distance entre celui-ci et l'appendice xiphoïde. On mit à nu une adhérence épiploïque insérée à la partie supérieure de la face antérieure de la tumeur, et contenant d'énormes vaisseaux; elle est sectionnée entre deux pinces, en T. Ecartant alors fortement les lèvres de l'incision et faisant lentement basculer la tumeur de gauche à droite, je parvins peu à peu à l'engager dans la plaie, et finalement, à la faire sortir au dehors. Elle est retenue par un pédicule gros comme l'avant-bras, qui s'enfonce dans le bassin et paraît faire corps avec l'utérus. En explorant ce pédicule, on constate qu'il est formé d'une partie centrale très dure, et qu'il présente à sa surface des veines énormes (plus grosses que la jugulaire interne) et des parties kystiques, à parois minces, transparentes, qui donnent l'idée des kystes de la trompe. J'isole cette portion vasculaire et kystique du pédicule et je la sectionne entre deux ligatures. Il ne reste plus alors que la portion centrale, qui se continue manifestement avec le corps de l'utérus. Un fil de fer, placé autour de ce pédicule solide, puis serré avec le serre-nœud Cintrat, permet de pratiquer au-dessus de cette ligature une section qui porte en plein tissu utérin, et de se débarrasser ainsi de l'énorme masse que des aides soutenaient avec peine.

Après un rapide nettoyage de l'abdomen, je procède immédiatement, de haut en bas, à la fermeture de la plaie, et lorsque celle-ci est réduite environ des deux tiers, je reviens au pédicule. La ligature porte bien sur le corps de l'utérus au-dessus de l'insertion de la trompe droite, qui est intacte, ainsi que l'ovaire correspondant. Quant à la trompe gauche, elle était, en effet, kystique et avait été sectionnée entre deux ligatures. L'ovaire gauche est sain; néanmoins, en raison de l'altération profonde de la trompe de ce côté, je

place deux ligatures sur le ligament large correspondant et j'enlève l'ovaire, puis j'accole sur le côté de l'utérus les deux petits pédicules ainsi formés.

Après la toilette du péritoine, j'achève la réunion de la plaie en fixant solidement le pédicule constitué par l'utérus et par une portion du ligament large gauche à l'aide d'une forte épingle passée à l'angle inférieur de la plaie. De même l'adhérence épiploïque qui se fixait à la face antérieure de la tumeur est fixée plus haut entre deux points de suture. La plaie, qui mesurait 24 centimètres, a exigé 15 points de suture.

La tumeur enlevée pesait 22 livres; elle était entièrement solide et offrait la structure des fibromes utérins.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La température ne s'est pas élevée au-dessus de 39,4 le deuxième jour, et les pulsations n'ont pas dépassé 78. La malade a uriné seule le quatrième jour, et a été à la garde-robe, sous l'action d'un purgatif, le huitième jour. Le cinquième jour j'ai commencé à enlever les sutures superficielles. Le dixième jour toutes les sutures étaient extraites. Le pédicule est tombé le seizième jour, et dès le vingtième jour la malade commençait à se lever. La cicatrisation du pédicule a cependant été assez lente, et aujourd'hui il existe une petite plaie large comme une pièce de 50 centimes. La malade se lève et marche toute la journée. Elle a notablement engraissé. Les forces lui sont revenues. Toutes les fonctions s'exécutent bien. Les règles n'ont pas reparu. Le toucher vaginal permet de reconnaître que l'utérus est mobile, comme avant l'opération, et ne dénote rien de particulier.

Je ferai remarquer que les taches pigmentaires de la face diminuent chaque jour d'étendue et de coloration.

(*Séance du* 21 *octobre* 1879, *Bull. de l'Ac. de méd.*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Sur l'origine du sucre de lait, par M. Paul Bert. — **La** glande mammaire est-elle le lieu de formation du sucre de lait ? ou bien la lactose n'est-elle qu'une modification du glycose du sang ? C'est pour la première solution de ce problème biologique que se prononce M. Paul Bert, après des recherches analogues à celles de Claude Bernard pour

le glycogène du foie. Des expériences, entreprises avec la collaboration de M. Schützenberger, ont fourni les résultats suivants : des pis en lactation ont été hachés et lavés à l'eau froide, puis soumis à une décoction aqueuse; une matière complexe en a été extraite, qui, traitée par l'eau bouillante et l'acide sulfurique, a fourni ensuite avec la liqueur de Fehling un abondant précipité d'oxydule. Cette matière, laissée à elle-même dans un flacon, a fermenté spontanément et donné le même précipité.

Il semble donc à peu près certain qu'il existe dans la glande mammaire en lactation une substance lactogène. Mais cette substance paraît différer notablement des glycogènes ordinaires, et M. Schützenberger se propose d'en faire une étude chimique approfondie.

Sur la cause des phénomènes nerveux de l'urémie, par M. Picard. — De véritables attaques d'éclampsie expérimentale ont pu être provoquées par l'auteur de cette communication au moyen d'injections concentrées d'urée dans la jugulaire d'un chien. Cette question de l'accumulation de l'urée dans le sang, considérée comme cause d'éclampsie, a été fort controversée. Affirmée d'abord par Wilson, niée ensuite par Frerichs et Gallois, elle fut remplacée par une autre hypothèse, d'après laquelle l'urée se décomposerait dans le sang en carbonate d'ammoniaque, lequel serait la cause prochaine des phénomènes nerveux. Claude Bernard a fait justice de cette explication, en sorte que l'état actuel de la question reste fort obscur.

M. Picard insiste fort judicieusement sur les conditions essentielles de l'expérience. Il est nécessaire que des doses massives d'urée, soit environ 15 gr. dans 45 gr. d'eau soient injectées assez rapidement. Des doses plus faibles et lentement injectées donnent aux organes d'élimination le temps de se débarrasser du poison, et, par suite, ne donnent aucun résultat. Ainsi s'expliqueraient les expériences négatives des physiologistes antérieurs.

Recherches sur les battements du cœur du fœtus, par MM. Budin et Chaignot — Un certain nombre d'auteurs ont eu l'idée d'employer l'auscultation obstétricale pour essayer de reconnaître à l'avance le sexe du fœtus. Frankenhauser en Allemagne avait cru pouvoir affirmer que le cœur du fœtus mâle bat plus lentement que celui du fœtus femelle. Suivant lui le cœur d'un garçon bat moins de 144 fois par minute, et le cœur d'une fille un nombre de fois plus élevé que 144

James Cumming, d'Édimbourg, dans deux séries de récherches, est arrivé une première fois à confirmer cette opinion, tandis que le résultat de la seconde série détruisait ses premières conclusions, en les transformant en cette autre proposition que, à poids égal, le cœur bat plus vite chez les filles que chez les garçons.

D'après les 70 observations faites à la clinique d'accouchement de Paris, par MM. Budin et Chaignot, il résulte qu'il n'y a, au point de vue pratique, aucun rapport entre le poids du fœtus, le nombre des battements du cœur et le sexe du produit; qu'il y a fréquemment des différences dans le nombre des pulsations fœtales chez le même individu à des époques diverses; que ces différences mêmes sont quelquefois très accentuées d'une minute à une autre : bref, que des éléments de connaissance si irréguliers sous tous les rapports ne peuvent, dans l'espèce, établir aucune base de certitude scientifique.

(*Séances des* 21 *décembre* 1878, 4 *janvier et* 22 *mars* 1879.)

Dr E. HOTTENIER.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'utilité des lavages intra-utérins antiseptiques dans l'infection puerpérale, par le Dr JOANNY RENDU. de Lyon, thèse de Paris, 1879.

L'auteur, avant d'aborder son sujet, consacre un chapitre à l'historique des lavages intra-utérins, envisagés au point de vue spécial de leur utilité dans l'infection puerpérale. Mais il relève préalablement une erreur qui s'est glissée dans la plupart des travaux publiés à des points de vue différents, sur cette méthode thérapeutique : à savoir, que Amb. Paré et Guillemeau, son élève, et après eux, Mauriceau et Dionis, pratiquaient déjà des irrigations de la cavité de l'utérus. Les auteurs de ces travaux se sont mépris sur la signification du mot *matrice*, qui désignait le vagin.

Laissant totalement de côté les injections pratiquées dans l'utérus à l'état de vacuité, et celles faites *post-partum*, pour détacher des placentas adhérents ou arrêter des métrorrhagies, M. J. Rendu montre qu'il n'y a guère que 25 à 30 ans que l'on a émis l'idée de combattre certains accidents fébriles puerpéraux, par des lavages de la

cavité de la matrice. En France, Hervez de Chégoin, Stoltz, et surtout Hervieux et son élève Fontaine (1869-70) sont presque les seuls cliniciens qui aient étudié cette question. Mais leur expérience ne semble pas avoir convaincu le public médical, puisque depuis bientôt dix ans aucun travail français n'est venu infirmer ou confirmer l'efficacité de cette méthode. C'est à l'étranger, particulièrement en Russie et en Allemagne que les accoucheurs ont cherché à résoudre ce problème. Mentionnons en première ligne Von Grünewaldt, à Saint-Pétersbourg, Bischoff, à Bâle, et en Allemagne, Winckel, Eisenmenger, Schrœder, Haase et Beinlich, et enfin les recherches si rigoureusement scientifiques, publiées ces dernière années par Münster, Schülein et Richter dans le *Zeitschrift fur Geburtshulfe und Gynækologie.*

Après l'historique, l'auteur consacre trois chapitres à la démonstration des assertions suivantes : le traitement de l'infection puerpérale par les lavages intra-utérins antiseptiques est : 1° *rationnel* ; 2° il est *innocent* ; 3° il est *efficace.*

Pour établir le premier point, M. J. Rendu montre en quoi consiste ce qu'il appelle l'*infection puerpérale*, recherche quelle en est la nature et expose l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de cette redoutable complication. Sous la dénomination d'infection puerpérale sont compris ces états généraux graves, communément appelés infection putride, infection purulente, et ces maladies à siège déterminé, le plus souvent limités à la sphère génitale ou dans son voisinage (métrite avec ses variétés, paramétrite, péritonite, etc.), qui surviennent durant les suites de couches, et spécialement pendant les huit ou quinze jours qui suivent l'accouchement ou l'avortement. Ces différents accidents ont des symptômes propres et des symptômes communs.

Ces derniers sont presque constants dans tous les cas : ce sont la fétidité des lochies, la grande élévation de la température et la fréquence exagérée du pouls. Le pronostic en est toujours grave ; souvent même, suivant les cas, les accoucheurs le considèrent comme fatal. Mais à quoi doivent être rapportés ces accidents, quelle en est la nature ? Vainement on parcourt à ce sujet la fameuse discussion qui eut lieu en 1858 à l'Académie de médecine sur la *fièvre puerpérale*, expression sous laquelle on engloblait alors tous les faits que l'auteur range aujourd'hui sous la désignation d'infection puerpérale ; il faut arriver aux travaux publiés depuis une dizaine d'année en Allemagne, en Angleterre, en France pour voir la lumière se faire sur ce point. On

admet actuellement sans conteste, que la fièvre puerpérale n'est pas une maladie, mais une série d'accidents locaux et généraux, déterminés par l'absorption de matières septiques, à la surface des solutions de continuité du canal utéro-vaginal. Cette absorption se fait habituellement par la voie des veines ou des vaisseaux lymphatiques. Les produits septiques, susceptibles d'infecter l'économie peuvent provenir de deux sources : ou de la femme elle-même, *auto-infection*, généralement la moins grave, ou bien du dehors, infection par l'extérieur, *hétéro-infection*, directe ou indirecte. De tout cela il résulte que, bien qu'on ne soit pas encore positivement fixé sur la nature intime de ce poison, le traumatisme puerpéral est tout-à-fait assimilable (opinion d'ailleurs admise aujourd'hui) au traumatisme général, car, dans les deux cas, la solution de continuité réagit de la même façon au contact des produits septiques. Or, que fait le chirurgien en présence d'une plaie cavitaire (amputation du sein, par exemple) qui suppure ou qui s'enflamme au contact de caillots altérés, de débris de gangrène, etc. ? Il la nettoye aussi parfaitement que possible. De même, l'accoucheur réalise ce pansement par des lavages intra-utérins antiseptiques. Ici l'auteur se demande si un drain placé à demeure, dans le col de la matrice, ne remplirait pas cette indication d'une façon aussi satisfaisante, et à ce propos il analyse les mémoires allemands publiés en 1877, par Schede et Langenbuch sur le *drainage de l'utérus dans l'état puerpéral*, mémoires dont la lecture n'entraîne nullement sa conviction. En définitive, il repousse le drainage utérin : 1° Parce qu'il ne remplit pas l'idée que l'on cherche à réaliser, la plus grande partie des détritus infectants ne sortant pas spontanément par le drain ; 2° parce qu'il facilite l'entrée de l'air dans la cavité utérine, circonstances qu'il est préférable d'éviter, quoi qu'en dise Langenbuch ; 3° enfin, parce que avec le drainage, il faut faire usage des irrigations utérines aussi fréquemment que lorsqu'on ne se sert pas du drain ; les observations de Langenbuch le prouvent. Pour démontrer l'innocuité du traitement qu'il préconise, M. J. Rendu passe successivement en revue les différentes objections faites à l'emploi des lavages intra-utérins dans les suites de couches, et examine à ce point de vue l'enseignement qui ressort de la pratique des accoucheurs qui en font actuellement usage. *Première objection* : les liquides injectés pénétreraient par les trompes de Fallope jusque dans la cavité péritonéale. Les constatations faites à l'amphithéâtre à l'ouverture du corps, n'appuient nullement cette assertion qui, de plus, est absolument

démentie par les expériences pratiquées en France, en Allemagne et ailleurs sur le cadavre de femmes *accouchées*. *Deuxième objection* : des hémorrhagies seraient dues au détachement des caillots des sinus utérins, soit par l'action mécanique du courant liquide, soit par l'action directe de l'extrémité de la sonde. La pratique personnelle de l'auteur, celle de Schulein, Richter, Munster et de tous les accoucheurs qui ont recours à cette méthode de traitement montre que cet accident est rare et toujours sans gravité. *Troisième objection* : de l'air entrerait dans les sinus utérins et pourrait dès lors occasionner la mort subite.

Malgré les nombreuses recherches auxquelles s'est livré l'auteur, il n'a pu trouver un fait établissant d'une manière certaine, que les injections intra-utérines puissent déterminer un pareil accident. Il écarte d'abord du débat les observations de Depaul, d'Olshausen, de Litzman et de Spiegelberg, car elles ont trait à des injections *vaginales*, faites dans le but de provoquer l'accouchement; il laisse aussi de côté, pour le même motif, celles de Scanzoni, de Wynn Williams et de John Swirnburn, citées dans le mémoire d'Olshausen et se rapportant à des tentatives d'avortement. Il ne parle pas non plus des cas cités par Kézmarsky, dans lesquels la mort est arrivée brusquement *pendant l'accouchement*, par le fait de l'entrée de l'air dans les sinus utérins. Parmi les cas de mort survenue par ce mécanisme *pendant les couches*, et rapportés par Grailly Hewitt, Bischoff, Lionet, May, Simpson, Hervieux, Mac-Clintock et Mme Lachapelle, un seul, celui d'Hervieux, a été précédé d'une injection; dans les autres il s'agissait le plus souvent d'une cause inconnue, d'un mouvement de la malade, d'un éclat de rire, de l'arrachement d'un placenta adhérent, etc. Cette observation d'Hervieux est même sujette à contestation. On avait fait, au onzième jour d'une suite de couche normale, une injection de thé de camomille dans l'utérus, pour des frissons avec métrorrhagies. Le *soir* de ce jour, au milieu d'une excitation furieuse, mort subite. A l'autopsie faite *trente* heures après la mort (*en juillet*), on constata de l'air dans la veine cave inférieure et dans les ventricules du cœur, surtout dans le droit. Faut-il donc admettre ici que l'air est entré dans l'utérus par le fait de l'injection, qu'il y a séjourné jusqu'au soir sans donner lieu à aucun symptôme, et que, à ce moment, il a causé la mort de la malade en pénétrant dans les veines?

M. J. Rendu se range plus volontiers à l'avis de Kézmarsky qui serait tenté de rattacher la mort de cette femme, non pas à la présence

de ces bulles d'air trouvées à l'autopsie (en juillet et trente heures après la mort), mais plutôt à une embolie pulmonaire, suite du détachement accidentel d'un thrombus de la plaie utérine. L'auteur, toutefois, admet *théoriquement* la possibilité de l'entrée de l'air dans les veines, mais il ajoute qu'il est facile de l'éviter. Enfin, il montre que la pénétration dans les sinus utérins, des liquides antiseptiques qu'il préconise, n'offre aucun danger pour les malades.

Une quatrième et *dernière objection* faite à l'emploi des lavages utérins, est qu'ils produisent des métrites, des péritonites, etc. L'auteur reconnaît que des frissons plus ou moins violents, mais sans gravité, peuvent survenir à la suite de la projection trop forte d'un liquide froid dans la matrice. Quant aux métrites et péritonites que les ennemis de la méthode ont voulu mettre sur le compte des lavages, il pense qu'elles préexistaient, et que ce sont précisément leurs premiers symptômes qui avaient fait intervenir l'accoucheur. Enfin, il termine ce chapitre sur l'innocuité des irrigations utérines, en montrant que sur près de 30,000 lavages, relatés dans la correspondance qu'il a eue avec un grand nombre d'accoucheurs de la France et de l'étranger, on ne relève que quelques frissons et hémorrhagies sans importance.

M. J. Rendu apporte à l'appui de sa thèse, sur l'efficacité des injections utérines antiseptiques, trente-deux observations, soit personnelles, soit empruntées à la littérature médicale étrangère. Il a recueilli les premières, durant son internat à la Charité de Lyon, dans le service de son maître, M. Laroyenne, qui, lui aussi, est très partisan de cette méthode thérapeutique. Les autres sont extraites de mémoires publiés en Allemagne, par Schulein, Richter et Munster, et dont l'auteur donne une analyse. Toutes démontrent, d'une manière incontestable, les avantages que l'on peur retirer dans certains cas, des irrigations pratiquées dans la matrice.

Non content d'avoir produit des preuves, M. J. Rendu pour donner encore plus de portée à son travail, a voulu s'enquérir de l'opinion actuelle des accoucheurs de la France et de l'étranger, sur la question qu'il traitait ; aussi s'est-il mis en relation, soit écrite, soit verbale, avec un grand nombre de notabilités obstétricales de différents pays. Le chapitre V est tout entier consacré à cette correspondance. Il nous suffira, pour en signaler l'intérêt, de citer les noms des auteurs : James Hunter, de New-York, Atlée, de Philadelphie, Playfair, Matthews Duncan et Braxton Hicks, de Londres, Hubert, de Louvain, Ahlfeld, de Leipzig, Spiegelberg, de Breslau, Schrœder et Gusserow,

de Berlin, H. Carnofsky, de Saint-Pétersbourg, Muller, de Berne, Liebmann, de Trieste, Tibore, de Turin, Chiara, de Milan, Stoltz, Courty, Mousson, de Bordeaux, Laroyenne, Bouchacourt, Berne, Delore, Boudet et Fochier, de Lyon, puis nos accoucheurs parisiens, Depaul, Pajot, Hervieux, Campbell, Tarnier, Jacquemier, Blot, Bailly, Guéniot, Chantreuil et Charpentier. De la lecture de ces différents documents il résulte que l'opinion générale des accoucheurs est favorable aux injections intra-utérines. L'auteur fait remarquer que sur les 36 qu'il a consultés, 25 *ayant pratiqué* des lavages utérins, en sont partisans, 10 *n'en ayant pas fait* pour un motif de prudence très respectable, n'y sont pas hostiles, mais n'ont pas d'opinion personnelle à cet égard, et que un seul, *n'en ayant pas pratiqué* non plus leur est absolument opposé. Il ajoute une observation qui est ici du plus haut intérêt, c'est que *pas un* des accoucheurs, qui ont eu recours dans leur pratique, aux injections intra-utérines, n'y a renoncé.

Le dernier chapitre renferme les indications de ce traitement et le manuel opératoire. A l'exemple de M. Laroyenne et de Schrœder, M. J. Rendu ne conseille l'emploi de cette méthode, comme traitement *préventif*, que dans un petit nombre de cas : lorsque la femme a été touchée fréquemment par l'accoucheur ou la sage-femme, surtout dans une maternité et en temps d'épidémie, lorsque l'accouchement s'est prolongé et a nécessité l'introduction de la main ou d'instruments quelconques dans les voies génitales, quand il y a rétention totale ou partielle du placenta et des membranes, lorsque enfin, à la suite d'hémorrhagies ou de toute autre cause, les lochies plus ou moins altérées dans leur couleur, prennent un caractère de fétidité inquiétant ; en un mot, toutes les fois que l'on a des raisons pour penser, que des produits septiques ont pu être déposés sur la plaie génitale. L'auteur s'est servi de l'irrigateur Eguisier et de la sonde à double courant de M. Laroyenne, mais il propose, pour éviter la contagion dans les maternités, de donner à chaque femme comme cela se fait dans quelques hôpitaux allemands, un tube de verre simple, qui suffit, et que l'on détruit plus tard ou qu'il est facile de désinfecter. Il ajoute que le soin de ces lavages dans les maternités, doit être confié, pour éviter la transmission de la maladie, à un aide expérimenté qui en serait exclusivement chargé.

L'auteur enfin résume son travail dans la phrase suivante : « Dans l'impuissance où nous sommes le plus souvent, de lutter avec quelque avantage contre les accidents de l'infection puerpérale, si nous

trouvons une méthode thérapeutique rationnelle, innocente et évidemment utile, qu'approuvent tous les accoucheurs français et étrangers, qui en font usage, nous ne devons avoir aucune hésitation à l'accepter et à la répandre. Les lavages intra-utérins antiseptiques, réunissent toutes ces conditions. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.
(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Zur Lehre der Extrauterinschwangerschaft, avec deux planches, par PATENKO (*Arch. f. Gyn.*, id., p. 156). Lithopœdim rencontré dans l'ovaire gauche d'une femme de 54 ans; description très-minutieuse et document important pour l'histoire des grossesses de l'ovaire.

Ein Fall von Schwirriger Geschlectsbertemmung, avec un dessin, par SIPPEL (*Arch. f. Gyn.*, id., p. 168). Cet individu considéré comme male à la naissance se trouva être une fille.

Ueber einen Menopus mit Vollständigen Mangen der aüsseren Genitalion und der Afters (*Description d'un monstre sironiforme avec remarques sur l'étiologie de leur formation et sur les reins et sur la vessie du fœtus*), par AHLFELD (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 276).

Monstrum mit eigenthümlichen Dys. u. Aplosien der Wilbelsant und die Beckens. Ce monstre né à terme d'une mère primipare était hydrocéphale. La colonne vertébrale était fendue et le bassin rétréci, par SANGER (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 306).

Die Entshtrung der Acardiair. C'est une étude complète du genre auphalien faite surtout d'après les documents allemands, par AHLFELD (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 321).

Weierer Anatomischer Beiträg zur Froge vom Verhalten der Cervix wahrend der Schwangerschaft (*Description anatomique d'une pièce pour démontrer l'état du col pendant la grossesse*) avec une planche, par LANGHANS et MULLER (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 184).

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XI

Juillet à Décembre 1879.

